

Departamento de Ciencias Sociales

Universidad Pablo de Olavide

**CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO
ACTIVO:
UNA META PARA LA INTERVENCIÓN CON
PERSONAS MAYORES**

Investigación presentada por

Amaia Saldise Esandi

Para optar al grado de doctora

DIRECTORES

DR. José A. Sánchez Medina

DR. Cristina Fdez. Portero

DR. David Alarcón Rubio

Universidad Pablo de Olavide

Agradecimientos

Es un placer poder agradecer a muchas personas la ayuda, el apoyo y la confianza prestada para que esta investigación fuera posible:

A José Antonio Sánchez Medina, por el esfuerzo y dedicación que ha mostrado a la hora de orientarme y acompañarme durante el proceso de mi formación. Siempre volcado, creativo, accesible y afectuoso. A Cristina Fernández Portero, que inspiró los cimientos de este trabajo y me contagió su pasión por la psicogerontología. Su confianza me ha acompañado durante todo el proceso, especialmente en los momentos difíciles. Gracias por esa capacidad natural para transmitir ilusión, fuerza. A David Alarcón Rubio, por su generosa colaboración acompañada siempre de rigurosidad y eficacia.

Asimismo, me gustaría dejar constancia de la deuda de gratitud que he contraído con algunas profesoras de la Universidad Pública de Navarra. Quiero dar las gracias a Alicia Olza Esteban por su generosidad ilimitada al permitirme contar con su ayuda y apoyo durante todo mi proceso formativo. A la profesora Sagrario Anaut Bravo, le agradezco la disponibilidad y asesoramiento brindados de manera desinteresada. Me siento igualmente afortunada por haber contado con los consejos y sugerencias de la profesora Camino Oslé Guerendiain. Igualmente quiero dar las gracias a todos los profesionales con los que me he encontrado en este largo camino, sin los cuales no habría sido posible llevar a cabo la presente investigación. Especialmente a Paquita, cuya entrega fue extraordinariamente auténtica.

De forma muy especial estoy en deuda con todas las personas mayores que de manera anónima y desinteresada se ofrecieron a participar en la presente investigación, y sin cuya colaboración, no habría sido posible realizarla.

Finalmente, quiero dedicar este trabajo a mi familia y en especial a mis padres. Gracias por estar ahí durante todo el proceso como siempre pacientes, cariñosos y dispuestos a hacer lo posible por animarme y brindarme vuestro apoyo incondicional. A Mikel, por acompañarme en la etapa más difícil de este proceso. Por tu paciencia y capacidad para sacarme siempre una sonrisa.

“Celebramos el aumento de la esperanza de vida en muchas regiones del mundo como uno de los mayores logros de la humanidad”

*II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
Resolución 1. Madrid, 12 de Abril de 2002*

Índice.	Pág
Índice de Tablas.	8
Índice de Figuras.	9
Prólogo.	11
Capítulo I. El proceso de envejecimiento.	
1. Introducción.	16
2. El concepto de envejecimiento activo.	19
3. Promoción del envejecimiento activo.	25
3.1. Personas mayores y Servicios Sociales en España.	30
3.2. Personas mayores y Servicios Sociales en Navarra.	35
Capítulo II. Calidad de Vida.	
1. El concepto de Calidad de Vida.	41
2. Factores que determinan la Calidad de Vida.	44
3. Indicadores de Calidad de Vida.	49
Capítulo III. La salud, la felicidad y la satisfacción vital.	
1. La Calidad de Vida y su relación con el bienestar subjetivo.	56
2. La salud y el bienestar.	61
3. La felicidad y la satisfacción vital.	64
4. Conclusión	67
Capítulo IV. Un estudio empírico sobre el tipo de residencia de personas mayores y su calidad de vida.	
1. Introducción.	69
2. Participantes.	74
3. Instrumentos.	77
3.1. Instrumentos de medida de la Calidad de Vida.	77
3.2. Instrumentos de medida de las variables psicológicas de la Calidad de Vida.	79
3.3. Instrumentos de medida de las variables biológicas de la Calidad de Vida.	81
4. Procedimiento.	82
Capítulo V. Resultados.	
1. Introducción.	84
1.1. Análisis preliminar.	86
2. Diferencias entre las variables de Calidad de Vida según el contexto.	88
2.1. Componentes que definen la Calidad de Vida.	94

3. Correlaciones entre los componentes de Calidad de Vida, la satisfacción vital, la felicidad y el estado cognitivo.	98
4. Otras variables relacionadas con la Calidad de Vida, la felicidad, la satisfacción vital y el estado cognitivo.	102
Capítulo VI. Discusión.	
1. Introducción.	112
2. Reflexión sobre los resultados principales.	113
3. Conclusiones generales de nuestro estudio.	130
4. Líneas de continuación.	134
Referencias.	138
Anexos	161

Índice de Tablas	Pág.
Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y lugar de residencia	75
Tabla 2. Distribución de la muestra según Estado Civil y Lugar de Residencia	75
Tabla 3. Distribución de la muestra por Edad y Lugar de Residencia.	76
Tabla 4. Distribución de la muestra según Nivel Educativo y Lugar de Residencia.	76
Tabla 5. Distribución de la muestra según Ingresos y Lugar de Residencia.	77
Tabla 6. Medias y frecuencias para las variables demográficas, la felicidad, la satisfacción vital, el minimal y los factores de la calidad de vida.	86
Tabla 7. Estadísticos descriptivos y prueba de análisis de la varianza para las variables de calidad de vida. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.	89
Tabla 7 (cont.) Estadísticos descriptivos y prueba de análisis de la varianza para las variables de calidad de vida. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.	90
Tabla 8. Estadísticos descriptivos y prueba de análisis de la varianza para los factores de calidad de vida. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.	94
Tabla 9. Importancia de los componentes de CV.	95
Tabla 10. Análisis de correlaciones para las variables de Calidad de Vida.	98
Tabla 11. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia y Sexo. Tabla de significaciones.	102
Tabla 12. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia y Edad. Tabla de significaciones.	105
Tabla 13. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia y Deterioro Cognitivo (MMSE). Tabla de significaciones.	107
Tabla 14. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia y Nivel Educativo (NEd). Tabla de significaciones.	109
Tabla 15. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia e Ingresos. Tabla de significaciones.	110

Índice de Figuras.	Pág.
Figura 1. Estudio prospectivo de la pirámide poblacional en España (2013–2023).	17
Figura 2. Modelo integral de calidad de vida. (Fernández-Ballesteros, 1993).	53
Figura 3. Gráfico de barras de los componentes de Calidad de Vida elegidos en primer lugar según orden de importancia.	96
Figura 4. Gráfico de barras de los componentes de Calidad de Vida elegidos en segundo lugar según orden de importancia.	97

Prólogo

El fenómeno de envejecimiento de las sociedades desarrolladas se constituye hoy como la realidad que define y en consecuencia influye, en el funcionamiento, estructura y evolución de las mismas. Desde una perspectiva socio-demográfica, se constata un envejecimiento cuantitativo de la población cuyo proceso comienza durante la segunda mitad del siglo XX. En España se observa este constante crecimiento a partir de los años 80 especialmente, periodo en el que la población de la tercera edad (de 65 a 79 años) y la cuarta edad (80 y más años), ha crecido en más del 70%. Según las proyecciones demográficas del INE, dentro de 10 años en España residirían 9,7 millones de personas mayores de 64 años, 1,5 millones más que en la actualidad, lo que supone un incremento del 17,6%. En el año 2023 un total de 23.428 personas superarían los 100 años, casi el doble que los 12.033 centenarios actuales.

“España para el 2050 será uno de los países más viejos del mundo, con 12.800.000 personas que tendrán más de sesenta y cinco años, el equivalente al 31,2 % de su población total” (Cordero del Castillo, 2012, p.156).

Esta perspectiva representa el éxito de la humanidad, un triunfo y un desafío que plantea cuestiones fundamentales e impone nuevas exigencias económicas, políticas y sociales. No es de extrañar por tanto, que el estudio del envejecimiento de la población desde sus diversas y múltiples dimensiones sea un tema de enorme interés científico por parte de numerosas disciplinas. El presente trabajo de investigación, parte de la premisa de que el envejecimiento es una parte del desarrollo de la vida, un proceso individual con características biológicas, sociales y personales diferenciales, un acontecimiento en circunstancias políticas, históricas y socioculturales cada vez más

variables. En este sentido, se pretende abarcar el envejecimiento como un concepto multidimensional cuyo alcance todavía está por definir, como una fase más de nuestro ciclo vital, un periodo lleno de oportunidades y experiencias que vivir, de realización y crecimiento personal. Considerando que el aumento de la población mayor ha sido y seguirá siendo un proceso intenso durante los próximos años, el objetivo no puede ser únicamente vivir más, sino vivir mejor, alcanzando la satisfacción personal y en definitiva, una mejor calidad de vida.

Así, cuando se habla de envejecer bien, óptimamente, activamente o con éxito, se está dando un paso adelante en la forma de entender la vejez, se habla de competencias, posibilidades, oportunidades. Este enfoque teórico, viene marcado por un largo recorrido en el que se pasa de un modelo de disminución basado en las consecuencias negativas de envejecer, a un modelo de crecimiento personal que destaca las potencialidades de la vejez. Poco a poco, se ha ido tejiendo un cambio teórico hacia el llamado “envejecimiento activo”, impulsado desde diferentes disciplinas, cuyo objetivo común es conocer mejor ese periodo vital que forma parte del desarrollo humano, para lograr que sea lo más satisfactorio posible. Desde esta perspectiva aparecen ligados al envejecimiento conceptos como los de satisfacción vital y felicidad, que son considerados elementos imprescindibles en lo que se constituye como objetivo final para una vivencia de éxito en la vejez, la calidad de vida.

Según el INE (2013), en caso de mantenerse las tendencias demográficas actuales, la población de España decrecería un 0,5% en 2013, continuando con la tendencia negativa iniciada en 2012. Lo que significa que a partir de 2017, el número de defunciones superaría por primera vez al de nacimientos. Esta realidad, junto a la necesidad de dedicación a nivel de investigación e intervención social que de ella se desprende, fue lo que impulsó el presente trabajo de investigación. Y de ahí, surgieron preguntas cómo, ¿existen aspectos positivos en la vejez? ¿Qué aspectos son y cómo se alcanzan? ¿Pueden lograrse éxitos? ¿Es posible envejecer con calidad de vida, a pesar del déficit biológico asociado? ¿Existe relación entre la valoración que uno hace de su vida y la calidad objetiva de la misma? ¿Es la calidad de vida lo mismo para todos los individuos? ¿Qué define la calidad de vida de una persona mayor?

A lo largo del presente trabajo de investigación se pretende contestar algunas de estas cuestiones, tratando de obtener explicaciones objetivas y datos contrastados empíricamente. Sin embargo, es preciso tener en cuenta, que los sujetos de este estudio son personas únicas, individuos a los que les afecta aquello que deseamos investigar y conocer. La energía y la entrega que se le ha dedicado a este proyecto nacen por lo tanto, del propósito de aprender y escuchar lo que tienen que decir sus protagonistas, las personas que ahora, en este momento, envejecen.

Para ello, es imprescindible partir de lo que ya se conoce y hacer una revisión de los fundamentos teóricos e investigaciones dedicadas al entramado y complejo desarrollo humano, las cuales han permitido que hoy en día se puedan diseñar trabajos como el presente. El documento está estructurado en dos fases, la primera de ellas contiene una revisión de la literatura precedente sobre el tema, mientras que la segunda aborda un estudio empírico.

El propósito de la primera fase es la selección de un modelo teórico que permita alcanzar la comprensión de los diversos enfoques sobre envejecimiento, bienestar y calidad de vida. Se parte del reconocimiento e implicación cada vez más activa de las diferentes disciplinas, ante la evidencia científica de los beneficios asociados al envejecimiento activo. La segunda fase, está centrada en analizar relaciones significativas entre las variables que determinan el envejecimiento activo y la calidad de vida en la vejez. La muestra está compuesta por 112 personas mayores de 65 años, que son usuarias de un recurso social especializado y que han sido seleccionadas como válidas desde el mismo, es decir, cuyo estado de salud objetiva es óptimo y sin nivel de dependencia diagnosticado. A continuación se describe de forma abreviada, el contenido de los capítulos que componen las dos partes del presente trabajo de investigación.

En el capítulo 1, se introduce el concepto de vejez como proceso socio-demográfico actual con sus implicaciones a nivel político, económico, social (individual y colectivo), familiar y personal. Se pretende analizar el contexto sobre el que se va investigar y conocer de esta forma, datos objetivos de la situación a la que se refiere. Así mismo, partiendo de una comprensión de la vejez como fenómeno personal y cultural, se lleva a cabo la revisión de algunos de los modelos psicológicos existentes y

su interacción con otras ciencias en el abordaje de la misma. No es posible explicar el proceso de envejecer, sin acudir a las distintas perspectivas que lo definen, pues su complejidad lo convierte en un concepto tan rico como amplio. Finalmente, se analiza el envejecimiento activo como modelo teórico de partida del presente estudio, teniendo en cuenta su complejidad y la gran cantidad de variables e indicadores que lo componen. Llegados a este punto, se pondrán de relieve algunas de las actuaciones que tratan de promover el envejecimiento activo y a la vez prevenir su vertiente patológica.

El segundo capítulo de esta investigación se podría definir como su fuente de energía, ya que fue una primera inmersión en el concepto de calidad de vida para las personas mayores, lo que impulsó el interés y la inspiración de este trabajo. De hecho, la calidad de vida “en general”, se ha convertido en un concepto especialmente significativo a la hora de orientar y definir planes y políticas sociales, evaluar y monitorear los servicios ofertados para impulsar programas innovadores a nivel local, nacional e internacional. Sin embargo, el concepto de calidad de vida es complejo y ambiguo y su definición operacional resulta difícil de establecer, lo que ha dado lugar a gran variedad de modelos conceptuales.

No obstante, existe cierto consenso con respecto a una de sus principales cualidades, que es su carácter multidimensional. Asimismo, las diversas perspectivas están de acuerdo en la variabilidad del término en función del momento evolutivo. Es decir, es posible hablar de calidad de vida en personas mayores, y es posible también, establecer unos indicadores básicos que sirvan para orientar la evaluación de la misma, siempre y cuando, se tenga en cuenta la interacción de sus diferentes dimensiones. Por otro lado, también existe consenso respecto a la relevancia del concepto, su comprensión y su aplicación en la intervención social y más concretamente, en la intervención con personas mayores.

En este sentido, el objetivo principal de este capítulo es analizar tanto los componentes objetivos como los subjetivos, que condicionan la calidad de vida en el proceso de envejecimiento. Una de las principales variables a observar, es la influencia del entorno en el que los sujetos desarrollan sus vidas. Pues, si entendemos “la calidad de vida como un concepto multidimensional, ésta no es independiente de los

distintos contextos en los que la vida surge y a los que el sujeto pertenece” (Fdez Ballesteros, 1997, p.93).

El tercer capítulo, estudia el bienestar a través de los conceptos de salud, felicidad y satisfacción vital en un intento por relacionar dichos constructos con la calidad de vida en el proceso de envejecimiento. Según el IMSERSO (2006), el 25% de las investigaciones publicadas sobre el bienestar están enmarcadas en el ámbito del envejecimiento, lo que indica la amplia relación entre ambos conceptos (George y Bearon, 1980). Igualmente, desde la psicogerontología, se ha prestado especial atención al estudio de la satisfacción vital, considerándose ésta como el mejor indicador de un envejecimiento con éxito (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961).

Dentro de este marco, se parte de la idea de que no es posible entender esta etapa del ciclo vital y perseguir unos niveles óptimos de calidad de la misma y sin conocer todos aquellos parámetros que la definen. Entre ellos, la propia valoración de quienes la viven.

En resumen, podría decirse que el presente trabajo de investigación surge de la preocupación por un tema del que hasta hace pocos años apenas se conocía su alcance. Un tema que nos afecta a todos y a cada uno de nosotros, de manera directa e indirecta. La oportunidad de intentar hacer algo al respecto, de poner voz a sus verdaderos protagonistas y con ello, provocar alguna reflexión, interrogación, inquietud, o comprensión especial por las cuestiones que aquí afrontaremos, son nuestras más ambiciosas pretensiones.

CAPÍTULO I

El Envejecimiento de la población

1. Introducción:

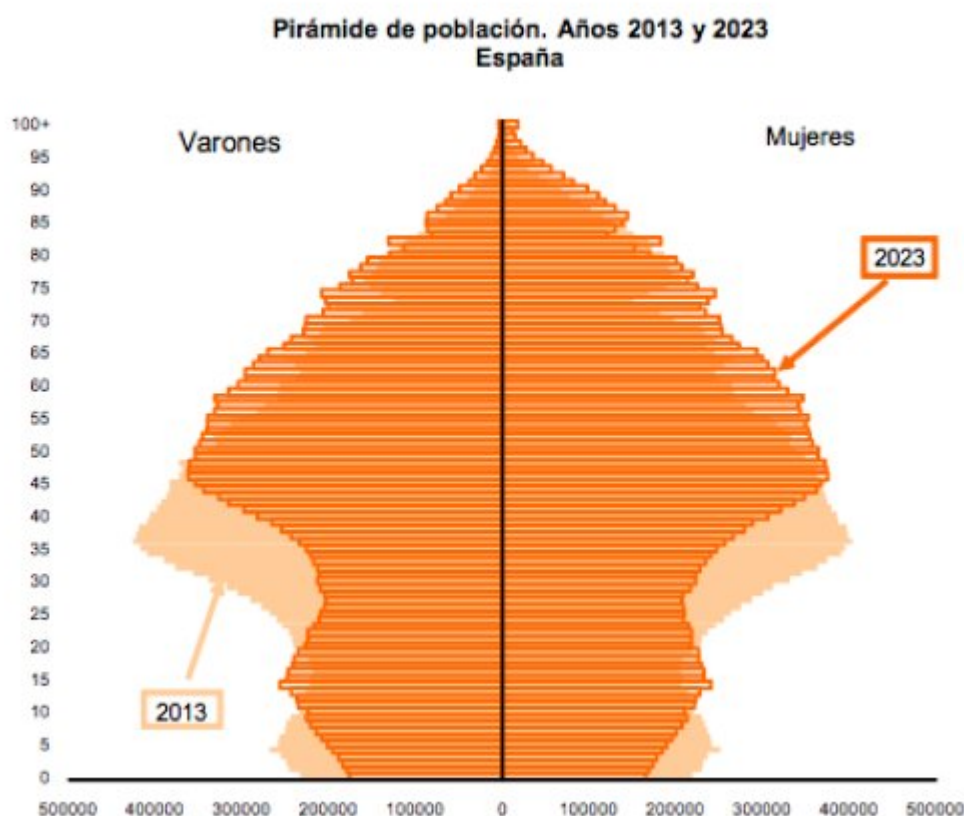
Uno de los acontecimientos que se sitúa hoy en día entre los primeros puestos de interés tanto a nivel científico como en los medios de comunicación, suponiendo además un importante reto dentro de la esfera política, económica y en general, para las ciencias sociales, es el fenómeno del envejecimiento de la población. Éste es indudablemente, uno de los principales aspectos representativos de las sociedades occidentales actuales.

El aumento de la esperanza de vida, junto a la demora del envejecimiento, es una conquista incuestionable y símbolo del progreso humano. La esperanza de vida en el mundo industrializado ha aumentado durante el siglo XX drásticamente: se ha pasado de vivir hasta casi los 50 años, a los 80 años aproximadamente en la actualidad (véase tabla 1). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), España se sitúa entre los países más envejecidos con un índice de personas mayores de 65 años que oscila entre el 16 y el 18% de la población.

Sin duda, está emergiendo un nuevo fenómeno social al que la humanidad no se había enfrentado hasta ahora. En 1.990 en los países desarrollados había tantos niños menores de 15 años como personas mayores de 55 años. El aumento de la población de los últimos 50 años, constituye más del doble, en números absolutos, de lo que creció la población del mundo en toda la historia de la humanidad (Fariñas et al, 2012). Los demógrafos predicen que dentro de pocos años las naciones desarrolladas tendrán más personas mayores que niños. Este pronóstico ya es una realidad en algunas zonas de España debido a los bajos índices de natalidad (IMSERSO, 2001).

De hecho, la intensidad en el proceso de envejecimiento es progresiva y global en las sociales desarrolladas, ya que se espera que la población Europea de más de ochenta años pase de los 18 millones en 2004 a más de 50 millones para 2050. Cómo se observa en la figura 1, España tiende hacia una inversión de la pirámide poblacional, pues evoluciona de forma ascendente la longevidad de sus habitantes. En 2012 había 8.221.047 personas mayores, el 17% sobre el total de la población (47.212.990), con un 5,3% perteneciente a la denominada cuarta edad. Según las proyecciones de población a largo plazo del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2049 habrá más de 15 millones de personas mayores de 65 años (31,9% del total).

Figura 1. Estudio prospectivo de la pirámide poblacional en España (2013–2023).



Los datos revelan, el crecimiento de la población mayor al que se enfrenta la sociedad española y la evolución de los factores demográficos influyentes en este cambio demográfico. Basta con echar la vista atrás y recordar a la generación del baby-boom, nacida entre 1957-1977 con casi 14 millones de niños, que cuentan hoy en día con edades entre 34 y 54 años, encontrándose en plena edad laboral y que presumiblemente, iniciarán su jubilación alrededor del año 2020. A su vez, “el número

de personas de 85 y más años por cada 100 de 45 a 65 años (ratio de apoyo familiar) ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y se estima que seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores” (Abellán y Ayala, 2012, p.4).

Esta situación genera efectos y anticipa problemas que repercuten en las esferas política, económica, social, familiar, asistencial, etc., siendo previsible que el apremio en la adaptación de los sistemas de protección social a este proceso continúe aumentando. Según la previsión del INE (2013), la tasa de dependencia (entendida como el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años) se elevaría en más de nueve puntos, desde el 51,0 en 2013 hasta el 59,2% en 2023.

Siendo esto así, el envejecimiento de la población se ha convertido en un desafío para las sociedades actuales, a nivel político, económico y social. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud- OMS (2002), alega que podemos permitirnos envejecer siempre y cuando los países, las regiones y las organizaciones promuevan políticas y programas que optimicen la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad.

Esta realidad ha significado sin duda alguna, uno de los principales motivos a la hora de investigar exhaustivamente esta etapa del ciclo vital que, hasta hace pocos años era una incógnita y a día de hoy, todavía no es comprendida en su totalidad, lo que supone un reto importante para la gerontología y las diversas disciplinas con las que interactúa. Como señalan Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen, (2006), “el aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades, presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores” (p.54).

En este sentido, es cierto que el aumento del envejecimiento produce determinados efectos y origina interrogantes, tanto a nivel individual (puesto que no existe un patrón de envejecimiento único y aplicable a todo ser humano) como a nivel colectivo, con sus consecuentes repercusiones en las esferas económica, social, familiar, asistencial, etc. Esta circunstancia requiere de un enfoque de la situación

nuevo, “con planteamientos imaginativos e innovadores para que la respuesta sea eficaz, teniendo en cuenta, además, que las personas llegan a la jubilación en mejores condiciones físicas y psíquicas que en épocas anteriores, lo cual crea situaciones nuevas que implican saltos cualitativos en la búsqueda de la mencionada respuesta.”(II Congreso Estatal de las Personas Mayores, Imserso, 2001, p.4).

2. El concepto de envejecimiento activo.

La presente investigación comprende el envejecimiento como un fenómeno en el que se pueden destacar tres dimensiones principales: biológica, psicológica y social. Sin embargo, ambas debieran complementarse y no ser objeto de estudio de manera aislada, pues ya en numerosas ocasiones se ha puesto de relieve la influencia de una sobre otra. Así, “el proceso de envejecimiento se debe a distintos factores multidisciplinares, o lo que es lo mismo, el envejecimiento es un proceso bio-psico-social “(Fdez Ballesteros, 2004, p.01).

Así mismo, hay que contemplar la vejez desde apreciaciones de carácter individual (la percepción de personas que alcanzan edades avanzadas), así como el significado que adquiere para los grupos de personas de otras edades. Igualmente, es importante tener en cuenta los componentes culturales, desde los cuales el término puede alcanzar significados muy dispares. En este sentido, la mayor parte de los autores coinciden en que el proceso de envejecimiento debe comprenderse desde diferentes perspectivas, lo que lo convierte en un término multifacético e interdisciplinar (Buendía y Riquelme, 1994; Baltes y Carstensen, 1996; Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996; Rowe y Kahn 1997; Lehr y Thomaes, 2003; Pérez, Trillo, Aguilera y Castro, 2009; Urrutia, Graso y Guzmán, 2009), definiéndolo como un proceso dinámico -frente al concepto de vejez, más estático- que podría considerarse como una etapa dentro un continuo (Fernández Ballesteros, 2000, 2008).

Por otro lado, también existen diferencias en cuanto a qué edades definen la vejez de una persona, llegando a variar enormemente según las civilizaciones, su esperanza de vida, componentes culturales, etc. El presente trabajo, se asienta sobre

un modelo de crecimiento en el que el envejecimiento es entendido como un proceso de desarrollo de los individuos a lo largo del ciclo vital, y la vejez como el periodo comprendido desde los 65 años en adelante.

Desde las ciencias sociales y de la salud, es posible encontrar numerosos estudios y hallazgos respecto a dichos factores asociados al proceso de envejecer. De esta manera, se puede hablar de un largo recorrido teórico que ha marcado la investigación sobre el envejecimiento y que ha sido clasificado en fases diferenciadas. Así, la mayor parte de los autores coinciden en afirmar que existe una primera perspectiva de estudio centrada en la patología y caracterizada por lo que se ha denominado un modelo de disminución. En este sentido, durante años la psicología así como otras ciencias sociales y de la salud, ha centrado su investigación en comprender las patologías y las debilidades del ser humano, llegando a olvidar las características positivas del mismo (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Entre tanto, “características como la alegría, el optimismo, la creatividad, el humor, o la ilusión... han sido ignoradas o explicadas superficialmente” (Poseck, 2006, p.03).

Tras esta perspectiva centrada en el déficit y la disminución de facultades, surgió lo que podría considerarse un rechazo a dicho modelo, a partir del cual comenzaron a desarrollarse teorías cuya visión de la vejez se acercaba a patrones de normalidad, según los cuales la enfermedad y el déficit no eran necesariamente inevitables. Finalmente, comenzaron a emprenderse investigaciones cuyo punto de partida es la comprensión del envejecimiento como un ciclo vital más, en el que pueden alcanzarse logros y niveles óptimos de bienestar, al igual que en etapas anteriores de la vida. Estas últimas aportaciones, definen la comprensión científica actual de la vejez, enmarcada en lo que se ha denominado un modelo de crecimiento.

Sin embargo, no es hasta la década de los sesenta cuando se comienza a visualizar el cambio de un modelo a otro, “empiezan a surgir investigaciones longitudinales, que demuestran la heterogeneidad de las personas mayores y su diversidad inter e intraindividual. Hechos como que las personas mayores no envejecen

de la misma forma, ni al mismo ritmo, ni son iguales a nivel físico y psicológico” (Moñivas, 1998, p.29). Este sería el principio del fin del prejuicio contra la vejez y los estereotipos sobre las personas mayores, fenómeno también conocido como “ageing”, cuyo arraigo social es tal, que incluso puede percibirse en el lenguaje, medios de comunicación, etc., como posible reflejo del temor a la muerte (Rioboó, 1993).

Más concretamente, “la investigación iniciada en 1958 sobre envejecimiento normal- conocida como el estudio longitudinal sobre el Envejecimiento de Baltimore del Centro Jonás Hopckins Bayview (James Fozard), en el cual se lleva a cabo el seguimiento de personas activas y con buena salud, en una muestra superior a los 1000 sujetos entre los 20 y 90 años, hasta el final de la vida- contradice las representaciones sociales existentes sobre los mayores, al demostrar que envejecer no supone necesariamente ni mayoritariamente, para todos, disminución” (Moñivas, 1998, p.19).

A partir de este momento, las investigaciones comenzaron a presentar datos cada vez más significativos en la evolución de los modelos de envejecimiento (Havighurst, 1961; Maddox, 1963; Cumming y Henry, 1961, 1963; Atchley, 1971; Rowe y Kahn, 1987; Fredrickson y Carstensen, 1990; Baltes y Baltes, 1990). Dando lugar a su vez, a una nueva perspectiva que se fundamenta sobre la comprensión de la vejez no como un segmento de edad, sino como parte de todo el ciclo vital, como una etapa más, que al igual que otras, precisa de cambios personales y sociales, y por tanto, requiere de una adaptación del individuo a sus nuevas circunstancias (Baltes y Baltes, 1990).

De ahí surgirían posteriormente afirmaciones como que existe un amplio potencial de cambio en el ser humano a lo largo de la vida, incluso en la vejez, el cual permite predecir que se puede envejecer óptimamente (Fdez Ballesteros, 1998). Es a partir de estos cambios en los paradigmas sobre el proceso de envejecer, cuando se desarrolló el término de envejecimiento activo, sobre el cual es posible encontrar

diversas definiciones, así como formas diferentes de calificarlo: envejecimiento exitoso, saludable, competente, óptimo, integrador, satisfactorio, adaptativo, productivo, etc.

Tal y cómo sintetiza Moral, Oliver y Miguel (2009) el concepto de envejecimiento activo surgió a partir de los trabajos de Havighurst (1961), y emerge para diferenciar los típicos patrones del envejecimiento (Baltes y Baltes, 1990). Así, se puede distinguir un patrón de envejecimiento patológico (centrado en lo deficitario y negativo de la vejez como componente definitorio de su estudio) y un patrón de envejecimiento normal (según el cual en la vejez no siempre hay enfermedad, pero se produce un aumento del riesgo de padecerla, lo que disminuye el disfrute y la satisfacción). Sin embargo, según Rocío Fernández Ballesteros (1998), el envejecimiento activo responde a un patrón diferencial de las extensas clasificaciones anteriores, como una matización en la categoría normal que comprende niveles funcionales que se mantienen elevados e incluso, en algunos sentidos, pueden mejorar.

En la misma línea, Rowe y Kahn (1997) hacen referencia a la amplitud de la mirada gerontológica, desde una perspectiva movida por la preocupación hacia la enfermedad y patología, hasta una visión con mayor fuerza que incluye el envejecimiento exitoso. Así, los autores definen el envejecimiento activo como un concepto multidimensional, que abarca tres esferas diferenciadas:

“Evitar la enfermedad y la incapacidad, mantenimiento de una elevada función física y cognitiva, y un compromiso sostenido en actividades sociales y productivas. Para cada una de estas esferas, se han fusionado una base de datos interdisciplinares que se refieren tanto a la reducción del riesgo de eventos adversos como al realce de la resiliencia en presencia de los mismos. Muchos de los predictores de riesgo y de niveles de actividad y funcionales parecen ser potencialmente modificables, ya sea por los mismos individuos o por cambios en sus entornos inmediatos. El escenario está, por tanto, preparado para estudios de intervención que identifiquen estrategias efectivas que mejoren la proporción de nuestra población anciana que envejece exitosamente” (p.439).

Esta visión multidimensional del concepto de envejecimiento activo, ha dado lugar a múltiples investigaciones centradas en determinar aquellos factores y aspectos con influencia en el buen envejecer. Es a raíz de este creciente interés por concretar los mecanismos implicados en alcanzar niveles óptimos de bienestar en la vejez, por lo que comienzan a surgir interrogantes e incógnitas respecto al proceso en sí de envejecimiento.

De esta manera, numerosas investigaciones en el ámbito de los adultos mayores, han tomado como objetivo la exploración de los factores que afectan a la calidad de vida, convirtiéndose ésta en un indicador del envejecimiento activo (Ballesteros, 1993; Casas, González, Senders, Aymerich, Domingo y del Valle, 2001; Del Pino y Romero (2004); Camejo, Álvarez, Pérez, Sariago y Colón, 2002; Cobo, 2009; Urrutia et al., 2009; Pérez et al., 2009). Así, Triadó y Posada (2006) establecen como tema central de la investigación gerontológica actual el estudio de las formas de envejecer satisfactoriamente, siendo uno de sus principales objetivos la identificación de aquellos aspectos que las determinan y poder así promoverlos. Muchas de las investigaciones gerontológicas actuales, focalizan su atención en los factores que influyen en la calidad de vida de los mayores.

De esta manera, según los paradigmas actuales de estudio de la vejez, la Calidad de Vida constituye un indicador de envejecimiento exitoso (Camejo et al, 2002). Sin embargo, dada la complejidad del constructo, “existe una frecuente confusión entre los ingredientes definicionales o criterios y sus predictores o determinantes” (Fdez Ballesteros, Zamarrón y Bravo, 2010, p.642).

Según el marco político desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en abril de 2002 en Madrid, el envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o «determinantes» que rodean a las personas, las familias y las naciones, pudiéndose agrupar en las siguientes categorías:

“Determinantes transversales (cultura y género), los relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales (que han de estar coordinados, integrados y ser efectivos), los conductuales (apostando por estilos de vida saludables), los relacionados con los factores personales (estilo de vida, habilidades personales, etc.), los relacionados con el entorno físico (que tengan en cuenta a las personas mayores que envejecen), los relacionados con el entorno social (apoyo social, educación, aprendizaje continuo, etc.) y los determinantes económicos (trabajo ingresos y protección social)” (p.82).

En esta línea, se hace necesario comprender el envejecimiento exitoso como una meta a la que dirigirse, no como una cuestión de éxito o fracaso. De hecho, si la meta es lograr que el envejecimiento sea una experiencia satisfactoria, en la que se viva con salud y autonomía, productividad y protección, es necesario “optimizar las oportunidades de bienestar físico, psíquico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (OMS, 1998, 2002).

El objetivo de este recorrido teórico es por tanto, resaltar que la presente investigación, se fundamenta sobre esas aportaciones positivas, esa nueva perspectiva teórica que ya ha superado los clichés negativos y cuyo principal objetivo es alcanzar una mejora en la calidad de vida de las personas mayores. En este sentido, es preciso resaltar que esta nueva conceptualización positiva acerca del envejecimiento, ha contribuido al desarrollo de innovaciones y al incremento de estrategias de prevención y promoción en el área de salud, y de otras prácticas sociales (mejoras del entorno, definición de legislación específica para la población mayor, fomento de la educación permanente, mayor presencia de los mayores en espacios de participación, mayor oferta de oportunidades para el desarrollo y crecimiento personal...), que en su conjunto han representado una ganancia en términos de calidad de vida de los mayores.

En este contexto y como punto final al breve recorrido teórico presentado, cabría destacar a Laura L. Carstensen, directora del Centro de Longevidad de Stanford y los estudios llevados a cabo en su laboratorio (Life-Span Development Laboratory). Carstensen y su equipo, han centrado su investigación en los procesos sociales, emocionales y cognitivos que las personas utilizan para adaptarse a las circunstancias vitales al envejecer. Para ello, estudian los modos en que la motivación cambia durante el desarrollo y cómo esto se conecta al procesamiento y regulación de las emociones.

En uno de los estudios más destacados, Carstensen y su equipo (2011) demostraron que el bienestar emocional mejora de la edad adulta hasta la vejez. Se utilizó la experiencia de muestreo para examinar el curso del desarrollo de la experiencia emocional, en una muestra representativa de 184 adultos, de entre 18 a 94 años, durante 10 años. El objetivo era observar cambios en la experiencia emocional en relación con el envejecimiento, para lo cual se midió la frecuencia, complejidad y estabilidad de dichas emociones en la vida diaria, mediante la aplicación aleatoria de una escala en la que se media la felicidad, tristeza y frustración de los participantes. Los resultados mostraron que las respuestas eran cada vez más positivas, conforme los participantes iban alcanzando mayor edad, así como los sentimientos negativos se iban reduciendo. Por último, el estudio muestra como la experiencia emocional predice la mortalidad; ya que las personas que experimentaron relativamente más emociones positivas que negativas en la vida cotidiana, eran más propensos a haber sobrevivido a lo largo de un período de 13 años (Carstensen, 2011).

3. Promoción del envejecimiento activo:

Como se planteaba al principio de esta investigación, el envejecimiento de la población implica un gran éxito, a la vez que supone un reto para las sociedades occidentales actuales. Según el último informe presentado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas “Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España son los países de la Unión Europea con una cifra más alta de personas mayores. Italia, Alemania, Grecia, Portugal y Bulgaria son los países más envejecidos en cifras

relativas” (Abellán y Pujol, 2015, p.3). Este crecimiento de la población mayor afecta especialmente a los países clasificados como “desarrollados” a nivel mundial, debido al descenso de la natalidad y a una mejora de la salud, entre otros factores. Aunque, “si bien esta transición presenta diferencias entre los países, su celeridad y profundidad son rasgos inéditos en la historia, por lo que involucran complejos retos sociales, políticos, económicos y culturales” (Viveros, 2001, p.9).

En este sentido, el fenómeno de “inversión” de las pirámides poblacionales, ha generado una creciente sensibilización y un esfuerzo considerable a nivel europeo e internacional, en cuanto a la promoción de investigaciones sobre el proceso de envejecimiento actual, cuyo objetivo principal es aunar fuerzas para alcanzar una meta común: la calidad de vida de las personas mayores.

Desde la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (1982), dónde germinaría el Plan de Viena, cuyo el propósito de sintetizar un marco político y los principios de una política universal para abarcar los retos emergentes sobre el envejecimiento a nivel mundial; hasta la II Asamblea Mundial de Envejecimiento (2002), con el diseño del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, el cual hace especial hincapié en la promoción de la salud y el bienestar entre las personas mayores, mediante el logro de entornos protectores y favorables; pasando por la adopción de los principios para personas mayores (independencia, participación, cuidado, auto-suficiencia y dignidad), propuesto por Naciones Unidas en 1991 y la declaración del Año Internacional de las Personas Mayores en 1999, entre otras iniciativas.

A nivel europeo, han sido cuantiosos los hitos programados durante los últimos veinticinco años, desde donde han ido surgiendo diversas acciones para el desarrollo de un plan coordinado en la investigación del envejecimiento, tal y como recoge en su informe el CSIC (2010), de los cuales los más representativos se exponen a continuación.

En 1991, se crea el Observatorio Europeo sobre Envejecimiento y Personas Mayores, con el propósito como su propio nombre indica, de observar y estudiar tendencias sociales y demográficas que aporten información de la situación actual.

1993, se declara el Año Europeo de la Solidaridad Intergeneracional y en 1996 el Año de la Europeo de la Educación y Formación Permanentes. En el año 2000, se crea la carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

Podía considerarse 2001, como un año prolífero en cuanto a la promoción del envejecimiento activo, a través las diferentes actuaciones presentadas a continuación, de gran repercusión para el impulso de proyectos de investigación e innovación, así como políticas sociales.

Así, en 2001 nace la iniciativa “Estrategia Europa 2020” con el fin de “alcanzar un crecimiento inteligente, sostenible e integrador con altos niveles de empleo, productividad y cohesión social” (Cordero del Campillo, 2014, p.3). En relación al envejecimiento activo, la Estrategia 2020 determina que su éxito, estará determinado por el aumento de la esperanza de vida, unido a una buena salud y mayor nivel de actividad e independencia, que permita que las personas sean agentes partícipes de la sociedad en la que viven, a pesar de no estar en edad laboral. Fruto de esta iniciativa, surge el proyecto de la UE “Horizonte 2020” propuesto para el periodo 2014-2020, con el objetivo principal de transformar las ideas innovadoras en estrategias de investigación para la promoción del envejecimiento activo.

También el mismo año, se constituye la Plataforma Europea de Envejecimiento “AGE”, con el objetivo de potenciar y consolidar la cooperación entre los distintos organismos de personas mayores a nivel de la UE, desde donde surgiría en 2004, la primera fase de uno de los proyectos de mayor peso en la investigación actual sobre envejecimiento.

De esta manera, en 2010 se constituye “ERA-AGE” (The European Research Area in Ageing), seguido por su sucesor actual “ERA-AGE 2” (2014), el cual tiene entre sus principales objetivos, asegurar una base duradera para la colaboración estratégica entre los socios ERA-AGE, así como lograr que se mantengan las actividades y objetivos propuestos de su antecesor. De esta manera, ERA- AGE surge como una red de colaboración cuyo objetivo es aunar esfuerzos en investigación sobre envejecimiento, mediante el lanzamiento de convocatorias conjuntas de proyectos que permitan conexionar los Estados miembros a nivel académico. El proyecto está

financiado por la Comisión Europea a través del VII Programa Marco (7PM), además de contar con agencias de financiación como el Ministerio de Ciencia e Innovación, en el caso de España.

Dentro de ERA-AGE, cabe resaltar el proyecto FUTURAGE, con dos años de financiación por la Comisión Europea y también dentro del VII Programa Marco, para la creación de una hoja de ruta definitiva sobre la investigación del envejecimiento en Europa durante los próximos 10 a 15 años. Este mapa sería el resultado de una amplia consulta a investigadores y expertos, desde una perspectiva multidisciplinar y de la evaluación de las prioridades de investigación del estado de la técnica, campos y métodos emergentes para construir un consenso sobre las prioridades de investigación en envejecimiento hasta 2025. Tal y como expone Rodríguez (2011), en su informe sobre FUTURAGE y las líneas prioritarias de investigación futura en envejecimiento basado en los resultados de su consulta en España, éstas últimas vendrían representadas por cinco grandes apartados: la investigación biogerontológica, los recursos económicos y sociales, los entornos del envejecimiento, el envejecimiento saludable, y la implicación de los usuarios en la investigación.

Más específicamente, en el informe se arrojan datos de la perspectiva futura de investigación sobre el envejecimiento en España, desde las diferentes ciencias y/o apartados recogidos en la consulta.

En el campo social, se constatan dos grandes tendencias: La primera profundiza en la cohesión, equidad y exclusión social de grupos sociales, mediante el análisis del impacto social, psicológico, económico y educativo del cambio demográfico, con especial interés en el de las personas mayores. La segunda es la que disecciona las políticas sociales relacionadas con el estado del bienestar y la protección jurídica de derechos individuales y sociales como fundamento de las decisiones públicas y privadas. Desde una perspectiva psicológica, se declaran estudios sobre el impacto de los cambios a lo largo de la vida y envejecimiento en sus aspectos cognitivos y psicosociales (Rodríguez, 2011, p.3).

Por otro lado, cabría destacar la “Agenda de Investigación en envejecimiento para el siglo XXI”, iniciativa formulada en 2007 por la Asociación Internacional de

Gerontología y Geriatria y el Programa sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas, con el objetivo de establecer líneas de investigación prioritarias en envejecimiento.

Finalmente, en 2012 se celebra el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional que pretende hacer frente a los desafíos de una sociedad envejeciente mediante la movilización de los agentes correspondientes (a nivel político, socia-civil y empresarial), para su promoción. Como objetivos específicos, se establecen: la sensibilización y compromiso social con las personas mayores; la oferta de oportunidades de participación política y social; garantizar la permanencia activa en la sociedad; promover políticas de envejecimiento activo; promover actividades para superar estereotipos asociados a la edad y superar barreras. Durante este año, se realizaron múltiples iniciativas (publicaciones, conferencias, convocatorias a premios, foros, ceremonias, etc.), “iniciadas tanto por la Comisión Europea y las presidencias, como por instituciones que también cooperaron con el Año, trabajando en estrecha colaboración con la Coalición de las partes interesadas y la sociedad civil” (Europeo, C.E.Y.S., 2006, p.5).

Todas las acciones citadas anteriormente, así como múltiples programas y proyectos que han derivado de ellas, suponen un gran avance en la promoción del envejecimiento activo, mediante el establecimiento de un sistema de coordinación y cooperación, que ha permitido unificar conocimientos sobre uno de los fenómenos más significativos de la sociedad actual, favoreciendo así mismo la implantación de buenas prácticas.

Por último, aunque no por ello menos importante, las universidades juegan un papel fundamental en la promoción del envejecimiento activo, tanto a nivel de investigación, como en la oferta de programas de formación continua y diferentes proyectos dirigidos a las personas mayores. Según el CSIC (2010), “entre las instituciones más prolíficas en investigaciones relacionadas con el envejecimiento a nivel internacional, se pueden mencionar como las cinco primeras y en orden de importancia: la Universidad de Harvard, la Universidad de Pittsburgh, la Universidad de Michigan, National Institute on Aging (U.S. National Institutes of Health) y la Universidad de California (San Francisco).”

3.1. Personas mayores y Servicios Sociales en España:

Como resultado a las iniciativas expuestas en el apartado anterior, en España se vienen desarrollando políticas y programas para la promoción del envejecimiento activo, con el fin de fomentar la calidad de vida, mediante el mantenimiento de las personas mayores activas e integradas en la sociedad. A continuación, se describen algunos de los organismos y entidades más representativos en lo referente al envejecimiento.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Entidad Gestora de la Seguridad Social para la gestión de los Servicios Sociales complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, y en materia de personas mayores y personas en situación de dependencia., cuenta con numerosos proyectos para la promoción del envejecimiento activo (turismo y termalismo social, “Cerca de ti”, “ENclaveRural”, Programa de estudios e investigaciones, Plan de Formación Especializada, Observatorio de las Personas Mayores, Programas Intergeneracionales, etc.). Uno de los principales objetivos que ha promovido las iniciativas mencionadas, consiste en “mejorar la calidad de vida de las personas mayores, como elemento clave para promover el bienestar social de toda sociedad” (IMSERSO, 2011, p.3).

Así, en 2011 y atendiendo a las acciones europeas emergentes como la plataforma AGE y sus descendientes programas destinados a la investigación y promoción del envejecimiento, IMSERSO presenta el Libro Blanco de Envejecimiento Activo: “documento técnico de trabajo cuyo fin es diagnosticar la situación real de las personas mayores de nuestro país y a partir del cual, se podrán implementar políticas y dirigir acciones para organizar el espacio político, social, económico y cultural aprovechando el caudal de experiencia, buen hacer e ilusión que portan las personas mayores” (Imsero, 2010 p.3). Uno de los ejes esenciales del modelo de envejecimiento activo es garantizar protección ante situaciones de riesgo o necesidad.

“El envejecimiento activo no ha de verse sólo como una política de acción derivada de la necesidad de adaptarse al crucial cambio demográfico que acarrea el envejecimiento de la población. Debe ser contemplado como una palanca de transformación, que permita adaptar la sociedad –con el esfuerzo de los poderes públicos y de la ciudadanía- a un cambio de paradigma sobre la imagen y valor de las personas mayores. (...) Al Estado corresponde definir y dotar los recursos necesarios destinados a procurar la seguridad de la ciudadanía” (Libro Blanco de Envejecimiento Activo, 2010, p.18).

Son muchos los marcos de seguridad propuestos en el Libro Blanco de Envejecimiento: seguridad en cuanto a prestaciones sanitarias (que afortunadamente están mayormente garantizadas), seguridad como persona consumidora, seguridad en cuanto acceso a los servicios, seguridad en cuanto a la participación, seguridad en cuanto a la protección de su imagen, seguridad en cuanto al destino de su patrimonio, etc.

De ahí, la necesidad de planificación de programas y políticas innovadoras a nivel global, nacional y local, que permitan satisfacer, proteger y asegurar la calidad de vida de sus protagonistas, las personas mayores. En este sentido, se entiende que dicha calidad de vida “permite a las personas mayores desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia” (OMS, 2002).

Bajo esta misma línea y en el ámbito nacional, resulta ineludible mencionar la valiosa labor que desempeña el Consejo Estatal de las Personas Mayores, órgano colegiado de carácter consultivo de la Administración General del Estado, adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. La finalidad del Consejo Estatal de las Personas Mayores es institucionalizar la colaboración y participación de las personas mayores, canalizando hacia la Administración General del Estado las iniciativas y demandas de las personas mayores y asesorando e informando sobre las consultas que le son formuladas por los Departamentos Ministeriales e Instituciones, en materias que afectan a las condiciones y calidad de vida de la población mayor. Además, entre sus funciones específicas estarían la de promover y organizar con el apoyo del

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Imsero, la celebración periódica de Congresos Estatales de Personas Mayores e impulsar el cumplimiento de sus conclusiones.

De esta manera, han surgido iniciativas de gran valor como por ejemplo “I Jornadas de Personas Mayores y Participación Activa” (2012), en las cuales se plantearon objetivos y estrategias innovadoras siguiendo el marco del Libro Blanco de Envejecimiento Activo y los objetivos marcados en el mismo año en el que se celebran, el Año Europeo de Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. En dichas jornadas se trataron temas de gran relevancia, como la incorporación de profesionales intergeneracionales, “que han de ser reflexivos, comprensivos y afectuosos cuyo propósito fundamental será el de poner en contacto a jóvenes y mayores para su mutuo beneficio, lo que implica capacidades.” (I Jornadas de Personas Mayores y Participación Activa, 2012, p.06).

Por su parte, las Universidades también han tomado protagonismo en este camino hacia el envejecimiento activo, desempeñando un papel determinante en el progreso hacia una sociedad inclusiva, intergeneracional y abierta a todas las edades, dentro de una perspectiva de aprendizaje a lo largo de la vida y de la cultura como marco de las relaciones intergeneracionales. La finalidad principal que tienen es la prevención de situaciones de dependencia, la promoción de la autonomía personal y, en definitiva, la mejora de la calidad de vida (Imsero, 2011).

Así mismo, en el ámbito de la investigación, cabría destacar a la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), sociedad científica sin ánimo de lucro, cuyo objetivo central es fomentar el bienestar de las personas mayores y con fines específicos como:

“Promover el avance del conocimiento sobre el proceso del envejecimiento humano, agrupar a investigadores y otros profesionales que estudien los problemas de la vejez, mantener relaciones científicas y vinculación con asociaciones nacionales o internacionales, así como con las instituciones universitarias, públicas o privadas, y cualquier otra institución interesada en el desarrollo de la Geriátría y la Gerontología, promover cuantas acciones vayan dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas de edad avanzada, asesorar y apoyar a los organismos y a las instituciones que se

ocupen de la vejez en relación con los problemas médicos y sociales que plantea el envejecimiento” (Recuperado en, <https://www.segg.es/saludo.asp>).

Por otro lado, en el ámbito privado también se han ido forjando proyectos innovadores con aportaciones prácticas mediante la oferta de recursos que apuestan por promover el envejecimiento activo, favorecer la participación de los mayores y prevenir la dependencia. Es el caso de la Obra Social La Caixa, cuyas contribuciones cuentan ya con un amplio reconocimiento a nivel estatal, en la creación de proyectos como: “ActivaLaMente” (plataforma de estimulación cognitiva diseñada por profesionales de la neuropsicología); Talleres de informática, fotografía digital, vídeo digital, Internet, etc. ; Conferencias enfocadas a apoyar y a brindar estrategias a los mayores en esta etapa del ciclo vital; Concursos que fomentan la participación (por ejemplo: concurso de relatos escritos por personas mayores, 2013); Talleres intergeneracionales, etc.

En cuanto al ámbito público, una crítica actual referente a la promoción del envejecimiento activo a nivel nacional es el desarrollo de servicios de atención social a las personas mayores, que tal y como expone Martínez (2006), “durante años se ha venido caracterizando por un importante predominio del modelo de atención residencial y la promoción de recursos de alojamiento (...) siendo uno de los recursos más extendidos, las plazas de alojamiento permanente y dentro de ellas las residencias” (p.42).

No obstante, en respuesta a una realidad que sitúa la institucionalización como efecto generador de pérdidas en prácticamente todas las esferas del bienestar humano, se comienza a trabajar por el objetivo de que las personas mayores puedan permanecer en su propio entorno y se promueven alternativas a la institucionalización. Así, han ido surgiendo nuevos “dispositivos enmarcados en el modelo de alojamiento alternativo, con el propósito de dar respuesta a los inconvenientes de los modelos residenciales institucionales” (Martínez, 2006 p.43), aunque la mayor parte de estas iniciativas se han producido a nivel autonómico e incluso provincial, tal y como se expone en el siguiente apartado.

De hecho, a nivel regional es dónde más iniciativas pueden hallarse en cuanto a la promoción del envejecimiento activo. Los servicios públicos para personas mayores

de 65 años más utilizados en España y que han sido puestos en funcionamiento por las distintas Comunidades Autónomas, son: el servicio público de atención a domicilio (Ayuda a domicilio-SAD y teleasistencia); servicios públicos y privados de atención diurna (hogares y clubes para personas mayores y centros de día para personas mayores dependientes), y servicios, públicos y privados de atención residencial.

En Andalucía, el artículo 19 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, consagra el derecho de las personas mayores a recibir de los poderes públicos andaluces una protección y una atención integral para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo, orientado hacia su protección integral, y posibilitándoles el acceso a oportunidades de salud, participación, formación y seguridad, mejorando con ello su calidad de vida global. Como parte de este proyecto se organizaron y desarrollaron los “Centros de Día” para personas mayores, que a partir de ahora pasan a denominarse “Centros de Participación Activa”, adaptando su organización y funcionamiento a las previsiones contempladas en el Decreto 72/2012, de 20 de marzo.

Los centros de participación activa son, según expresa la propia Junta de Andalucía, centros de promoción del bienestar de las personas mayores tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población. Además de las actividades sociales, de autoayuda, culturales, recreativas, deportivas, musicales, artesanales, turísticas, etc., algunos Centros de Participación Activa ofrecen también los servicios de comedor, orientación jurídica y las aulas informáticas, con el objetivo de acercar las nuevas tecnologías a las personas mayores.

Finalmente, tal y como reflejan Bravo y Guerendiain (2006), el complejo entramado configurado por la red de servicios públicos para personas mayores, dependen en gran medida, de la Administración autonómica o de las diferentes entidades locales. Los recursos privados además, pueden ser con o sin ánimo de lucro, fundaciones o comunidades religiosas. Por todo ello, construir un sistema de atención para las personas mayores no resulta una tarea sencilla, ya que el nivel de implantación territorial y cobertura de dichos servicios, difiere de unas a otras Comunidades.

3.2. Las personas mayores y los Servicios Sociales en Navarra:

El proceso demográfico de envejecimiento de la población española, no ha afectado de igual manera a las Comunidades Autónomas. Según uno de los últimos informes realizados por el CSI (2013), “Castilla y León, Galicia, Asturias y Aragón siguen siendo las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 20%. Canarias, Baleares y Murcia son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 15%. Andalucía, Cataluña y Madrid son las comunidades con más población de edad. No obstante, en términos relativos, la comunidad más envejecida es Castilla y León, donde el 22,3% de su población supera los 65 años, por delante de Asturias (21,7%), Galicia (21,4%) y Aragón (20,1 %). Por encima de la media nacional se sitúan también Extremadura y País Vasco (18,8% en cada caso), La Rioja (18,2 %), Cantabria (18,4 %), Castilla-La Mancha (18,1 %) y Navarra (17,6 %)” (p.1).

En 2014 y según datos publicados por el Gobierno de Navarra en su web (www.navarra.es), la comunidad foral contaba con 119.219 personas mayores de 65 años, el 18,6% del total. La esperanza de vida al nacer era en este mismo año, de 83,9 años (80,7 en hombres y 87,1 en mujeres), una de las más altas del mundo.

Tal y como exponen Bravo y Guerendiain (2006), en su análisis comparativo de los Modelos de financiación pública de las residencias para personas por comunidades autónomas:

La diversidad de contextos demográficos entre Comunidades Autónomas y dentro de ellas entre zonas rurales, semiurbanas y urbanas, así como de trayectorias en la evolución de sus poblaciones nos acercan a unas realidades sociales que han recibido una atención diferenciada por las respectivas políticas sociales de cada Comunidad (p.35).

En el caso de Navarra, el Plan Gerontológico de Navarra 1997-2000, aprobado por el Gobierno de Navarra el 24 de marzo de 1997 y por la Comisión de Asuntos Sociales del Parlamento de Navarra el 3 de junio del mismo año, advierte de que “se ha

de variar, la concepción de la llamada “tercera edad” como un colectivo homogéneo y esencialmente dependiente y empezar a valorarlo como una parte de la población plural, con necesidades diferentes entre sí y no forzosamente muy diferentes de las del resto de la sociedad” (p.65).

En base a esta diversidad, postula que las políticas destinadas a este sector de la población han de plantearse objetivos que “vayan desde el desarrollo personal y el mantenimiento de la autonomía hasta los cuidados y atención no marginadora a las personas más dependientes, que constituyen el grupo más pequeño y el más necesitado entre los destinatarios del Plan (p.65).

Para ello, el documento propone una política de atención a las personas mayores para los años venideros, que cubra de modo realista y sostenible nueve objetivos generales, con sus correspondientes objetivos específicos.

Si bien es cierto, tal y como exponen Oslé y Anaut (2003) en su revisión del Plan Gerontológico navarro, se detecta una necesidad de adecuación respecto a los objetivos de las políticas sociales vigentes en Navarra. Igualmente, se pone de manifiesto el importante esfuerzo social y de los órganos responsables de las políticas sociosanitarias por cumplir las medidas de actuación propuestas en el I Plan Gerontológico de Navarra.

En este sentido, los servicios sociales actuales en Navarra destinados a personas mayores de 65 años en adelante, y a personas que si sin tener los 65 años se encuentran en una situación que les asimila a persona mayor, se lleva a cabo a través de la Cartera de Servicios Sociales. Del catalogo de servicios y ayudas que se ofertan en la actualidad para dicho colectivo, se pueden agrupar diferentes ofertas según las necesidades observadas.

Para la prevención y tratamientos específicos de la autonomía personal y prevención de la dependencia, surgen: el Servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia y las Ayudas económicas para comedores. Con respecto a la atención en el entorno, estarían el Servicio telefónico de emergencia y el servicio de transporte adaptado. En cuanto a la atención en centros, se puede diferenciar entre el servicio de Atención diurna y los servicios de atención residencial (con carácter temporal o permanente), dentro de los cuales están por un lado las

residencias de personas mayores y por otro lado los centros psicogeriátricos. Así mismo, se ofertan otras ayudas como son las pensiones no contributivas de jubilación y el anticipo de la deducción fiscal por pensiones de viudedad.

En 2013, el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN) publicaba la guía “envejecer con salud”, con el fin de mejorar la calidad de vida en la vejez, animando a entenderla y asumirla desde la propia experiencia, mediante recomendaciones y ejercicios prácticos para favorecer el envejecimiento activo, a través del mantenimiento y desarrollo de habilidades físicas, mentales y sociales.

Por su parte, desde el Ayuntamiento de Pamplona se gestionan programas específicos de Servicios Sociales, que comprenden aquellos recursos de carácter específico, dirigidas a personas y colectivos afectados por problemas sociales derivados de la edad, sexo, discapacidades, situaciones de precariedad o exclusión social por su origen étnico, cultural u otras situaciones de desventaja social. En relación al colectivo de personas mayores, cabría destacar el Servicio de Atención a Domicilio, recursos para mejorar la integración de las personas mayores en la comunidad (centros cívicos de carácter intergeneracional, clubes de jubilados y apoyos al asociacionismo...), Consejo del Mayor, Convocatoria de subvenciones, Fomento del ejercicio físico (Gimnasia de mantenimiento mayores de 60 años-Yoga), Inclusión en TIC, Circuitos de gimnasia en zonas Pamplona, Baños / Aseos Públicos Municipales.

Dentro de este marco, estarían los mencionados centros residenciales alternativos, que son gestionados por dicho servicio municipal y comprende los apartamentos tutelados y viviendas comunitarias. Los primeros, están destinados a personas mayores de 65 años, con graves problemas de alojamiento, con capacidad para las tareas cotidianas y válidas para llevar una vida autónoma. Se dispone de cinco edificios de apartamentos tutelados con 144 pisos disponibles para personas mayores y 144 usuarios. La vivienda comunitaria sin embargo, aunque está dirigida al mismo colectivo, tiene como objeto facilitar la atención integral a mayores con problemas de inseguridad o dependencia, que no puedan seguir en su domicilio, creando un modelo de residencia próximo al familiar.

La presente investigación, tiene como objeto de estudio el análisis multidimensional de la calidad de vida de las personas mayores usuarias de cuatro de los cinco apartamentos tutelados municipales de Pamplona (Txoko-Berri, Arga, Iturrama y Ansoleaga) y de las dos residencias concertadas para personas mayores ubicadas en la misma localidad (El Vergel y Casa Misericordia).

En el ámbito privado, cabría destacar la labor de Cruz Roja, con las numerosas actividades que desarrollan para la promoción del envejecimiento activo en Navarra, tales como Talleres (Taller de memoria, de hábitos de alimentación saludable, de musicoterapia, de ocio y terapia ocupacional), el programa de Poetas Solidarios (Tertulias literarias, Taller d escritura creativa, Revista Ahora/Orain), Paseos Saludables y la inclusión en las Nuevas Tecnologías para mayores de 55 años.

Igualmente, desde la Fundación Obra Social “la Caixa” en colaboración con el Gobierno de Navarra, se llevan impulsando diferentes iniciativas para la promoción del envejecimiento activo en la Comunidad Foral desde hace años. Además recientemente, el Diario de Noticias de Navarra publicaba la noticia de que La Caixa aumentaría sus recursos (de 12 a 13 millones) para invertir en programas sociales durante el 2015, atendiendo entre sus líneas de actuación prioritarias, el envejecimiento activo.

Por último, cada vez es más habitual encontrar otro tipo de entidades de gestión de recursos sociales y educativos dentro de los ámbitos público y privado, que apuestan por la promoción del envejecimiento activo en Navarra. Por ejemplo PAUMA S.L, entidad fundada en 1985 y dirigida a otros colectivos y ámbitos de lo social en sus inicios, que últimamente ha incluido la promoción del envejecimiento activo dentro de sus líneas de actuación, impulsando proyectos de carácter innovador. Así, desde el Centro de Atención a las Familias (CAF) gestionado por la misma entidad, se ha puesto en marcha un proyecto enfocado a promover la participación activa de las personas mayores en su comunidad, impulsando la integración entre servicios y desde una perspectiva de atención centrada en la persona. Además, se ofrecen actividades que tratan de abarcar todas las esferas implicadas en el buen envejecer, desde talleres de memoria, hasta una propuesta de encuentros intergeneracionales, entre otras.

Sin embargo, a pesar de las múltiples iniciativas mencionadas, en el VII Congreso de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología y más concretamente, en la publicación que nace de ella “Cuadernos Gerontológicos” (2014), Maite Font (Presidenta del Voluntariado Geriátrico de Navarra), pone especial atención en la necesidad de promover la dimensión afectiva del envejecimiento activo.

Los recursos destinados a atender a la población mayor, tanto de titularidad pública como concertados, fijan como objetivos de su intervención cubrir las necesidades básicas que garanticen una correcta atención de los mayores en este ámbito, pero deja en manos de la red familiar o social la responsabilidad de atender los aspectos afectivos y relacionales. Si la red informal no existe o no responde, la vivencia de la soledad es una realidad en la que se pueden encontrar muchas personas mayores y más cuanto más mayores sean porque el recurso relacional cada vez será menor

Ante esta realidad surge la respuesta de las Entidades Sociales que establecen programas de acompañamiento para personas mayores cuyo objetivo es establecer una relación de amistad que aminore el sentimiento de soledad (p.18).

En este sentido, algunos recursos y asociaciones como Clubes de Jubilados, Cáritas y Residencias (Casa Misericordia entre ellas), cuentan con un programa de voluntariado destinado a servicios de acompañamiento. Otros recursos también ofrecen dicho servicio, aunque dependen de la gestión de entidades externas, entre ellos estaría la residencia el Vergel, Hospitales, etc. No obstante, la organización que más años lleva ofertando este servicio de acompañamiento de personas mayores en domicilios, residencias y estancias hospitalarias es el Voluntariado Geriátrico Francisco de Pamplona.

Por otro lado, atendiendo a los beneficios demostrados del mantenimiento de una mente activa como base fundamental para la promoción del envejecimiento activo, en Navarra cabría destacar los siguientes proyectos: la Universidad de los/as Mayores (Universidad para Mayores Francisco Ynduráin, UMAFY, dependiente de la asociación de cultura Bilaketa de Aoiz; el Aula de la Experiencia de la Universidad Pública de Navarra; los Programas Seniors de la Universidad de Navarra y Universidad Nacional a Distancia, UNED), y los cursos no reglados para adultos promovidos por entidades

públicas o privadas (Civivox, Civican, los Ayuntamientos y asociaciones y colectivos varios).

Finalmente, no hay que olvidar que además de todas los programas anteriores y su importancia como asistencia formal a través de los sistemas de servicios sociales y sanitarios (que han de ser igualmente accesible para todos), en prácticamente todas las culturas y civilizaciones, los miembros de la familia, los amigos y vecinos (muchos de los cuales son mujeres) proporcionan la mayor fuente de apoyo y cuidados a los adultos de edad avanzada que necesitan ayuda. En ocasiones, se ha puesto en duda que dicha cobertura “formal” suponga una menor implicación por parte de las familias, aunque existen estudios que demuestran lo contrario (OMS, 2002). Por este motivo, no hay que perder de vista a los cuidadores (que en muchos casos también son personas mayores), resultando imprescindible el fomento del acceso a la información sobre la condición a la que se enfrentan, su probable evolución y sobretodo, sobre las vías de acceso a los servicios de asistencia que tienen a su alcance.

En el marco político elaborado por la OMS y colaboradores, el cual fue desarrollado por el Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS como contribución a la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en abril de 2002, se pretende aportar información al debate y a la formulación de planes de acción que promuevan la salud y el envejecimiento activo:

“La asistencia sanitaria y social a domicilio, los programas de ayuda por parte de personas de la misma edad, los dispositivos de ayuda (que van desde los dispositivos básicos como un audífono a los más sofisticados, como un sistema de la alarma electrónico), los servicios de ingreso temporal para descanso del cuidador y los centros de día, son todos ellos servicios importantes que permiten que los cuidadores informales puedan seguir asistiendo a las personas que necesitan ayuda, con independencia de su edad. Otras formas son la ayuda en formación, los ingresos asegurados (por ejemplo, prestaciones de la seguridad social), las ayudas para adaptar el hogar que permita que las familias puedan cuidar de las personas mayores con discapacidad y los desembolsos para ayudar a cubrir los costes de la asistencia” (p. 93).

CAPÍTULO II

Calidad De Vida

1. El concepto de Calidad de Vida:

Existe una gran cantidad de bibliografía relacionada con el concepto de calidad de vida, (Bowling, 2001; Lawton, 1983; Schalock, 1996 ; Nussbaum y Sen ,1993; Veenhoven, 2000 y 2005; Walker, 2005; Fernández Ballesteros, 1993 ; George y Bearon, 1980; George, 2006; Abeles y Gift, 1994; etc.), aunque su desarrollo como concepto científico comienza a finales de los años 60 y se consolida en el año 1974 en Estados Unidos, junto a la creación de la primera revista monográfica “Social Indicators Research”.

Sin embargo, el término es demasiado amplio y ambiguo, especialmente cuando la mayoría de estas referencias carecen de un marco teórico conceptual, ya que en su trayectoria ha emergido una falta de consenso acerca de la definición del concepto. En este sentido, muchos autores coinciden en que no existe acuerdo en cuanto a un enfoque conceptual único (López-Carmona y Rodríguez, 2006), debido a su naturaleza diversa (Cummins, 2000) y a su carácter multidisciplinario (Haas, 1999). De esta forma, la definición y conceptualización de la calidad de vida ha sido y sigue siendo un proceso complejo, que presenta numerosos problemas, tanto técnicos como filosóficos (Verdugo y Vicent, 2004).

Además, es necesario tener en cuenta que su aplicación no es igual para las diferentes disciplinas (psicología, sociología, ciencias de la salud, ciencias políticas, antropología, trabajo social...etc.) por lo que se trata de un concepto complejo cuya definición operacional resulta difícil de establecer y que está teniendo un gran impacto tanto en la investigación como en la práctica (Fdez Ballesteros 1998, 2001). Por otro lado, la mayor parte de los expertos afirman que la calidad de vida se trata de una

construcción ideográfica, es decir que no es aplicable por igual a todos los individuos, así como no es igual en las diferentes etapas evolutivas (Schalock, 2003; Gómez-Vela y Sabeh, 2001).

Así, el estudio de la calidad de vida en el colectivo de personas mayores surge a partir de un cambio de perspectiva en el estudio del envejecimiento, que entiende la vejez como una etapa dinámica de desarrollo y estabilidad, el llamado envejecimiento activo. Tal y como expone Casas (2001), desde aquellos inicios, las referencias a cerca del estudio de calidad de vida en la vejez son muy numerosos (ver, por ejemplo, Abeles y Gif. 1994). Así como aquellos estudios centrados en los procesos personales y psicosociales que influyen en la evaluación del bienestar individual (ver, por ejemplo, Lawton, 1983; Okun y Stock 1987), y otros muchos trabajos que han profundizado en la evaluación de la calidad de vida de conjuntos de la población y han dado lugar a políticas y programas de intervención social; de ahí la presencia del término en muchos debates mediáticos (ver, por ejemplo, INSERSO, 1992; Michalos et al., 2004).

A tenor de lo anterior, Fdez. Ballesteros (2010) sintetiza que la Calidad de vida es considerada por diferentes autores como un concepto “abstracto”, “maleable”, o “amorfo” (Birren y Dieckmann, 1991 pp. 344-345), incluso como “mal definido” (Nussaum y Sen, 2002 p- 4), como algo que “no tiene límites fijos” (Hughes, 1990 p 47), que “precisamente ha sido extremadamente difícil definir” (Andersen, Davidson y Ganz, 1994, p-367), o que es “difícil de poner en práctica”(Lawton, 1991) e incluso como algo cuyo “significado depende de la utilización del término” (Fowlie and Berkeley, 1987 p. 226) o “de la que cada cual tiene su propia opinión” (Ziller, 1974).

En este sentido, la ambigüedad del concepto supuso un pequeño obstáculo en los primeros momentos de la presente investigación, sobre todo en lo referente a su aplicación, ya que es ahí donde se construye el principal objetivo del presente trabajo. Al revisar la bibliografía en busca de teorías acerca de calidad de vida, se encontró que aunque no existe consenso sobre un único modelo, sí consta el acuerdo en cuanto a identificar modelos conceptuales que agrupan diferentes definiciones sobre la misma (Urzúa y Caqueo, 2012). Los autores, llevan a cabo una revisión teórica de las

distintas definiciones, que con fines didácticos han agrupado en categorías, suponiendo un gran aporte al estudio del concepto de calidad de vida.

Según dicha clasificación, Urzúa y Caqueo (2012) identifican un primer modelo que relaciona la calidad de vida con condiciones de vida que pueden ser medidas objetivamente, tales como la salud, relaciones sociales, niveles económicos, actividades funcionales u ocupación, y que permiten realizar comparaciones entre varios individuos. Sin embargo, el principal problema al que se enfrentan este tipo de definiciones es que “no existen parámetros universales de una buena u óptima calidad de vida, ya que los estándares con los que se evalúa son distintos dependiendo de los individuos y de la sociedad” (Urzúa y Caqueo, 2012, p.63).

El segundo modelo, agrupa las definiciones de calidad de vida como sinónimo de satisfacción personal en los diversos dominios de la vida. Este modelo también presenta discusión, ya que el interés recae principalmente sobre el bienestar subjetivo, sin tener en cuenta las condiciones externas de vida, “suponiendo al individuo capaz de abstraerse, por ejemplo, de su contexto económico, social, cultural, político o incluso de su propio estado de salud, para lograr la satisfacción personal” (Urzúa y Caqueo, 2012, p.63).

Finalmente, el tercer modelo, clasifica las definiciones como la sumatoria de las condiciones de vida, establecidas a partir de indicadores objetivos, con los sentimientos subjetivos sobre cada área, reflejados en el bienestar general. Esta categorización supondría un intento por conciliar la discusión sobre consideraciones netamente objetivas o subjetivas de la Calidad de Vida. En la misma línea, algunos autores defienden que la CV global tendría más significado si se la considera desde la interacción de los sentimientos de satisfacción frente a diversos aspectos de la vida (Shen & Lai, 1998; citado en Urzúa y Caqueo, 2012, p. 64).

Para terminar, los autores incorporan una última agrupación que identifica aquellos estudios centrados en la calidad de vida como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción con la vida, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Esta conceptualización, implica un proceso

dinámico en el que los factores subjetivos pueden provocar cambios en los objetivos, y al revés. En esta última categoría de definiciones propuesta por Urzúa y Caqueo (2012), podría incluirse la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en CV (World Health Organization Quality Of Life– WHOQOL), el cual expuso una definición propia de CV (The WHOQOL Group, 1995). “Bajo este marco, la CV es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.” (Urzúa y Caqueo, 2012, p. 65).

Por otro lado, además del debate acerca de la definición de la calidad de vida, existe una cuestión paralela que plantea la naturaleza del término como una entidad unitaria, o por el contrario, como un constructo integrado por una serie de dominios. Prácticamente, en la actualidad esta discusión se ha resuelto, y la mayor parte de los modelos conciben la calidad de vida como un concepto multidimensional. Siguiendo a Fernández Ballesteros (1998), se considera que “un modelo de calidad de vida reduccionista únicamente logrará empobrecer e invalidar un concepto que, por propia naturaleza, es extraordinariamente diverso (...) No se puede ignorar ningún tipo de condición en ninguna consideración de la calidad de vida de un sujeto o de grupos de sujetos determinados, pues igual que se valora incuestionable la vivienda o el lugar de residencia del que disfruta un individuo, como hecho objetivo, no es menos importante la condición subjetiva de la satisfacción que siente el sujeto respecto a dicho contexto, en la medición de su calidad de vida” (p.07).

2. Factores que determinan la calidad de vida: carácter multifacético

Mediante una primera aproximación a este concepto se puede reconocer su carácter multidimensional como una de las características principales que lo definen. Es decir, la calidad de vida está determinada tanto por factores personales (salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, etc.) como ambientales (apoyo social, servicios socio sanitarios, accesibilidad, recursos, etc.). A su vez, incluye elementos tanto de carácter subjetivo (percepciones individuales y valores), como objetivos

(bienes, condiciones y oportunidades), hasta el punto de que la calidad de vida difiere en un mismo individuo a lo largo de su vida y difiere también entre individuos (Schalock, 2003).

El interés actual por la calidad de vida en el ámbito académico y de la investigación se dispersa en distintas áreas de conocimiento, y todas ellas estudian la calidad de vida desde diferentes perspectivas. Esto le concede al concepto un carácter multifacético (Fdez. Ballesteros, 1998), que intenta abarcar la casi totalidad de la dimensión humana, en todos sus aspectos: social, personal, ambiental, sanitario, económico, emocional, etc., (del Pino, 2003). En este sentido, su carácter multidimensional es el único aspecto de la calidad de vida sobre el que existe cierto consenso entre las numerosas teorías existentes al respecto.

Además, la calidad de vida también se ha convertido en un referente de la vida política, especialmente en el área de las políticas sanitarias y sociales, con aplicaciones a situaciones muy diversas en cuanto a colectivos y ámbitos geográficos, siendo uno de los principales objetivos en las estrategias y planes dirigidos al colectivo de personas mayores, como respuesta a los retos que plantea el envejecimiento activo. “El constructo de calidad de vida ha evolucionado desde una noción meramente sensibilizadora hasta convertirse en un agente de cambio que guía las políticas y las prácticas de los profesionales y los servicios preocupados por el bienestar de las personas más desfavorecidas o en riesgo de desventaja social” (Gómez, Verdugo y Arias, 2010, p.467).

Sin embargo, tal y como afirma Reig (2000), “la importancia que se está dando a la calidad de vida como variable clínica y de investigación prioritaria, a la par que como valor indiscutible tanto a nivel personal como a nivel social, nos descubre, que existe todavía un pobre consenso acerca de su conceptualización, su evaluación y en cuanto a áreas de intervención para mantenerla o mejorarla” (p.05).

Por estas razones, tras una amplia revisión bibliográfica relacionada con el concepto y su operatividad, la presente investigación se fundamenta en un modelo concreto sobre calidad de vida en personas mayores. Se pretende de esta forma, que su medición y aplicación sea efectiva y lo más específica posible, al igual que el objeto de estudio seleccionado, el cual precisa de un marco teórico adecuado. De lo contrario, la investigación no habría evolucionado, pues “no se puede planificar o evaluar la calidad de vida de una persona en el vacío, sin contar con un modelo previo” (Shalock, 2004).

Siguiendo al mismo autor, cabría destacar su modelo de calidad de vida (Shalock y Verdugo, 2003, 2007), según el cual la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Según afirman los propios autores, realizar una descripción operativa del concepto y de su significado es la forma más acertada a la hora de proporcionar información y estrategias prácticas sobre la evaluación, aplicación y valoración de la calidad de vida.

Como se apuntaba anteriormente, el concepto de calidad de vida tiene un carácter multidimensional, por lo que es preciso identificar sus dimensiones y evaluar la relevancia y significación que para los distintos grupos de edad representa cada una de ellas, teniendo en cuenta además, la importancia del contexto y del valor que cada persona otorga a dichas dimensiones, aspecto que se ve influenciado por las circunstancias en las que ha vivido y vive, así como por sus características personales. De esta forma, la definición de calidad de vida ha de ser consistente con la realidad, y como la vida misma, ha de contener todos aquellos elementos o dimensiones que importan a las personas, incluyendo en su definición factores externos y factores personales (Fdez. Ballesteros, 2001).

En este sentido, uno de los mayores obstáculos que se presenta a la hora de hacer frente a cualquier análisis sobre calidad de vida, está relacionado con la interacción entre los indicadores objetivos y subjetivos de bienestar (Schalock y Verdugo, 2003). Tal y como se mencionaba anteriormente, se trata de un debate profundo que ha dado lugar a dos perspectivas: la subjetiva, la cual defiende que la calidad de vida solo puede entenderse desde la evaluación que el propio individuo hace de su vida, y la objetiva: basada en la idea de que la calidad de vida se define en función de recursos. Sobre este último enfoque, se han apoyado algunas de las políticas sociales entendidas como mediación de la satisfacción de las necesidades básicas de la población.

Si bien es cierta la evidencia de que los indicadores objetivos son necesarios, pues es imprescindible que las necesidades básicas de los sujetos y comunidades estén satisfechas para empezar a hablar de calidad de vida en términos subjetivos, se ha demostrado la posibilidad de que una persona no vea mejorada su calidad de vida por el mero hecho de que se le incrementen los bienes suficientes para cubrir sus necesidades básicas (Aguilar, Pérez Yruela y Serrano, 1995).

En contra, Pedrero (2001) advierte que “la reducción de la calidad de vida a la subjetividad (percepción individual de un estado de cosas importantes para el sujeto) permite mantener la sospecha de que se puede ser perfectamente feliz en medio de la miseria y la ignorancia ...de ahí a hacer permanentes las situaciones las situaciones de “felicidad” para los pobres, librándolos de los inconvenientes que el bienestar representa, no hay excesivo trecho (...) De ahí la necesidad de las políticas sociales como mecanismos de mediación para la satisfacción de las necesidades básicas (y para garantizar el cumplimiento de los derechos sociales de los ciudadanos)” (p.07) .

En un esfuerzo por superar este debate, Schalock (2003) afirma que la calidad de vida puede significar cosas diferentes para diferentes personas, tratándose por tanto, de un fenómeno fundamentalmente subjetivo basado en la percepción individual de los distintos aspectos de la vida de una persona. No obstante, no se cuestiona la

importancia de mejorar las condiciones ambientales (o factores objetivos) de la vida de aquellas. (Schalock y Verdugo, 2003; Verdugo y Vicent, 2004).

Por lo tanto, es posible concluir que un concepto operativo de calidad de vida ha de comprender tanto indicadores objetivos como subjetivos, ya que la calidad de vida no es solo el reflejo de las condiciones reales y objetivas, siendo preciso atender a evaluación que el sujeto hace de las mismas (Andrews y Whithey, 1976). Pues según Diener, no es únicamente la situación la que provoca satisfacción o desagrado, sino la evaluación personal de dicha situación (Palacios, Castro, y Reygadas, 2005), influenciada por las percepciones personales de felicidad o satisfacción (Schalock y Verdugo, 2003). Es a partir de este espacio vital, como se convierte en bienestar subjetivo (Blanco, 1985).

Llegados a este punto, a pesar de la gran diversidad de modelos conceptuales sobre calidad de vida existentes (más de 100 formulaciones y medidas del constructo según Cummins, 1997) que hacen difícil el consenso sobre su significado, se puede establecer que en su conjunto, la mayoría de las concepciones de calidad de vida hacen referencia a sentimientos generales de bienestar, de implicación social positiva y oportunidades para desarrollarse como persona (Keith, 2000).

Asimismo y como se señalaba en párrafos anteriores, la mayoría de los estudios están de acuerdo en que los elementos que favorecen la calidad de vida pueden clasificarse en un nivel superior denominado “dimensión” – “conjunto de factores que componen el bienestar personal” (Shalock y Verdugo, 2003) - , dentro de la cual existen una serie de “indicadores” – “percepciones, comportamientos o condiciones específicas de cada dimensión, que reflejan el bienestar de una persona” (Keith, 2000) - a través de los cuales se puede evaluar la calidad de vida experimentada por un individuo (Gómez et al., 2010, p.455).

Tal y como se mencionaba anteriormente, el año 2012 fue declarado como «Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional» con el propósito de promover la creación en Europa de un envejecimiento activo y saludable en el marco de una sociedad para todas las edades, en el cual uno de los objetivos primordiales es a su vez, la prevención y la promoción de la calidad de vida de las personas mayores.

Por tanto, si la meta de la intervención con mayores es fomentar el envejecimiento activo en términos de calidad de vida, resulta imprescindible identificar aquellos indicadores y dimensiones que para los propios beneficiarios, la determinan, de manera que éstos puedan servir de guía en la planificación de programas dirigidos a la mejora de su bienestar. Para ello, es preciso establecer en qué términos se define la calidad de vida de las personas mayores y cuáles son los criterios que permiten determinar la calidad de su vida.

3. Indicadores de calidad de vida:

A pesar del debate relacionado con la delimitación del concepto, existe cierto acuerdo respecto a los indicadores principales de calidad de vida, pudiéndose aglutinar en tres: Indicadores psicológicos, sociales y ecológicos (Gómez Vela y Sabeh, 2001). Los indicadores psicológicos, son definidos como el resultado personal en el proceso de afrontar experiencias de vida, medidos a través de la satisfacción y el bienestar psicológico. Podría afirmarse por tanto, que se constituyen por factores básicamente subjetivos, como las reacciones y actitudes que muestra la persona ante la ausencia o presencia de ciertos sucesos vitales. En cuanto los indicadores sociales, se entienden como aquellas condiciones externas relacionadas con el entorno próximo al sujeto, las relaciones sociales (cantidad, calidad, frecuencia), la salud (objetiva y percibida), educación, nivel económico, tiempo libre, etc. Finalmente, los indicadores ecológicos han sido identificados como aquellos que miden el ajuste entre los recursos de la

persona y la demanda del ambiente entre la persona y su medio. Es decir, la congruencia entre los deseos o necesidades de la persona y la satisfacción con los mismos.

Fernández Ballesteros (2011), especifica que la unidad de valoración de la calidad de vida puede verse desde dos niveles: un nivel contextual, (por ejemplo, en el cálculo de la calidad de vida en cuanto a las facilidades residenciales para los mayores) y un nivel individual, donde la persona está interactuando siempre en un contexto dado y dicha interacción recíproca es relevante para la calidad de vida. Además, la autora amplía el término al colectivo de personas mayores concretando que:

“La calidad de vida de una población en relación con el envejecimiento es definida a través de múltiples condiciones valoradas, a través de un largo número de indicadores basados en circunstancias externas, tales como el hábitat (Ej. proporción de personas que viven en instituciones), circunstancias económicas (Ej. pensión promedio), estructuras sociales y funcionamiento (Ej. disponibilidad de servicios sociales), factores de salud (Ej. esperanza de vida libres de incapacidades) e incluso características psicológicas subjetivas (Ej. estado de bienestar refiriéndose a nivel popular). Esto significa, que la población de gente mayor es multidimensional y contienen tanto las condiciones objetivas, como algunos aspectos subjetivos de la población, tales como el bienestar.” (Fdez Ballesteros, 2011, p10).

De lo anterior, podría deducirse que el concepto de calidad de vida tiene implícitas dos dimensiones contingentes entre sí, la objetiva y la subjetiva, esta última referente a las percepciones y evaluaciones que hace el individuo sobre sí mismo y sobre el medio ambiente circundante (Lawton, 1983). Según Schalock (2004), la calidad de vida es un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida, incluyendo las características personales, condiciones objetivas de vida, y las percepciones de los otros significativos. Así, el aspecto central del estudio de la calidad de vida percibida de una persona incluye la relación entre fenómenos objetivos y subjetivos, siendo imprescindible esta consideración para la medición empírica de su naturaleza multidimensional.

En este punto, Levi y Anderson (1980) deslindan el concepto y afirman que la calidad de vida es entendida como “una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (p. 98). Siguiendo esta misma línea, Ardila (2003) define la calidad de vida como:

“un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” (p.163).

En este sentido, se observa de forma progresiva la incorporación cada vez más generalizada de componentes subjetivos al estudio de la calidad de vida. Así es matizado por Casas (1991), al alegar que, “en la esfera de las investigaciones de los fenómenos sociales (...) el concepto de calidad de vida se fue vinculando a una noción que incorpora medidas psicosociales de la realidad, medidas que inicialmente se denominaron subjetivas: percepciones y evaluaciones sociales relacionadas con las condiciones de vida de las personas, y que pueden incluir aspectos tan delicados de medir como son los sentimientos de felicidad, satisfacción, etc.” (p.659).

Por su parte, Cummins (2000) a partir de un extenso análisis sobre la importancia de los indicadores subjetivos y los objetivos en el análisis de la calidad de vida, ultimó que “ambos tipos de medidas han demostrado ser indicadores útiles” (p.59). Dicha afirmación de complementariedad brinda una definición de calidad de vida según la cual “es un constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo” (Cummins, 2000, p.613).

En la misma línea, Lawton (2001) defiende en su modelo ecológico, la necesidad de contemplar por un lado la calidad de vida física, incluyendo en su análisis el estado de salud, la capacidad funcional y cognitiva, la calidad de vida social entendiendo por esta el apoyo social, la frecuencia de relaciones sociales y el tamaño de la red o la participación en actividades, y por otro la calidad de vida percibida, a través de la evaluación de la calidad de vida psicológica, lo que diferentes autores han denominado “bienestar subjetivo” (Diener 1998,2000, Diener, Suh, Lucas & Smith,1999).

Al mismo tiempo, como se apuntaba en párrafos anteriores, las necesidades, aspiraciones y expectativas relativas a una vida de calidad están determinadas, entre otros factores, por el momento evolutivo en el que se encuentran las personas. Así lo afirman Gómez- Vela y Sabeh (2001), según los cuales las necesidades, los ideales y las aspiraciones relacionadas con la calidad de vida, varían en función de la etapa evolutiva, ya que las circunstancias y experiencias vividas son distintas según grupos de edades. De esta manera, la evaluación que cada persona haga de su calidad de vida, estará marcada por prioridades diversas y se verá afectada por el contexto demográfico, histórico, político y social. De la misma forma, la percepción de satisfacción y bienestar se verá influida por variables relacionadas con la edad. Por ese motivo, una vez conocidas las características básicas que las distintas teorías asignan a la calidad de vida en general, es necesario ampliar el concepto aplicado a las personas mayores.

De este modo, Iglesias-Souto y Dosil (2005) sugieren que la calidad de vida en el colectivo de las personas mayores “debe incluir tanto componentes de competencia conductual como de salud, así como el funcionamiento y la implicación social y también el bienestar subjetivo, las impresiones subjetivas de calidad de vida, como la satisfacción vital, y los factores ambientales” (p.85).

Se han llevado a cabo numerosos estudios con la finalidad de identificar aquellos indicadores que definen mejor la calidad de vida de los mayores (Casas, 2011;

Urzúa et al., 2011; Verdugo, 2002; Shalock y Verdugo, 2003, 2007; Carstensen, 2010; Fernandez Ballesteros, 1997; Lawton, 1983; Bowling, 1995; Veenhoven, 1999, etc.). En una encuesta nacional dirigida a este colectivo llevada a cabo en Inglaterra, se concluyó que para las personas de más de 65 años, la salud era el componente más valorado, seguido por las relaciones sociales (Bowling y Windsor, 2001).

En el contexto nacional, una de las pioneras en el estudio de la calidad de vida para las personas mayores es Fernández Ballesteros (1993, 1997 y 2010), quien determinó que las características más representativas eran el estado de salud, las habilidades funcionales, los recursos económicos, las actividades de la vida diaria, las relaciones familiares y sociales, los servicios sociales y de salud, la satisfacción vital, los recursos culturales y el entorno. Además, en este mismo estudio Fernández Ballesteros y Maciá (1993) proponen un modelo explicativo de la calidad de vida, la cual está determinada por la interacción entre factores objetivos y subjetivos (véase Figura 2) y que ha sido seleccionado como marco de referencia para la aplicación del concepto en la presente investigación.

Figura 2. Modelo integral de calidad de vida. (Fernández-Ballesteros, 1993).



Tal y como se puede observar en la figura 2, el concepto de calidad de vida abarca componentes objetivos y subjetivos, que no pueden ser vistos por separado ni reducirse a valoraciones únicas, sino que ha de tener en cuenta la interacción entre sus variables. La presente investigación por tanto, parte de la consideración de que la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye diferentes áreas (sanitaria, psicológica, social y medioambiental), bajo la doble perspectiva objetiva-subjetiva.

Finalmente, como reflexión a este recorrido entre los aspectos teóricos y los demográficos que definen el proceso de envejecimiento al que se enfrentan las sociedades occidentales, es preciso resaltar brevemente la idea de que la presente investigación, se fundamenta sobre aquellas aportaciones positivas que se mencionaban en el capítulo anterior, esa perspectiva teórica reciente que ya ha superado los clichés negativos y cuyo principal objetivo es alcanzar una mejora en la calidad de vida de las personas mayores, como una estrategia necesaria que han de seguir tomando las políticas sociales si se pretende abarcar este logro humano de una forma integral y justa.

En este sentido y aunque queda aún un largo camino por recorrer, esta nueva propuesta hacia un envejecimiento activo, ha contribuido al desarrollo de innovaciones y al incremento de estrategias de prevención y promoción en el área de salud, y de otras prácticas sociales (mejoras del entorno, definición de legislación específica para la población mayor, fomento de la educación permanente, mayor presencia de los mayores en espacios de participación, mayor oferta de oportunidades para el desarrollo y crecimiento personal...), que en su conjunto han representado una ganancia en términos de calidad de vida de los mayores. Se pretende por tanto, seguir aportando algo de claridad en este camino hacia el éxito en los procesos de envejecer, mediante el fomento de la calidad de vida de sus protagonistas.

Para ello, considerando los esfuerzos de investigación, evaluación y aplicación llevada a cabo durante los últimos años en torno a la calidad de vida y el proceso de envejecimiento, el presente estudio toma como referencia los 12 principios propuestos

por Schalock (2002), cuyo objetivo es “proporcionar una base conceptual y empírica más sólida para la evaluación y aplicación del constructo” (Gómez et al., 2010, p.456).

En base a todo lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta el creciente consenso sobre los conceptos aquí planteados, el presente estudio entiende la calidad de vida como un constructo multidimensional que está influido por factores personales y ambientales, los cuales interaccionan entre sí. Además, la calidad de vida no es igual para todas las personas, ya que está determinada por componentes objetivos y subjetivos, definidos por una relación contingente. Así, tanto la valoración que uno haga de sus circunstancias vitales influirá sobre las mismas, como al revés. Por otro lado y para finalizar, la investigación aquí presentada entiende la calidad de vida como un proceso individual, cuya evaluación varía según las diferentes etapas del ciclo vital. Esto último, permite hablar de calidad de vida en la vejez y de esta manera, evaluar cuáles son los componentes que la determinan.

CAPÍTULO III

La salud, la felicidad y la satisfacción vital

1. La calidad de vida y su relación con el bienestar subjetivo:

Como se mencionaba en el capítulo anterior, la calidad de vida es un constructo multidimensional que ha estado sujeto a controversias y sigue sin definirse en cuanto a su aplicación y/o medición empírica. En dicho debate se planteaban cuestiones como la relevancia de los aspectos subjetivos, es decir, la valoración que la persona hace de su propia vida, frente a las variables objetivas, llegando a orientarse la investigación hacia modelos unidimensionales de calidad de vida. En esta línea, surgían aquellas propuestas versadas en términos objetivos, fruto de unas primeras investigaciones centradas en la salud y los aspectos biológicos, como elementos prioritarios en la medición de calidad de vida. Y también bajo una perspectiva reduccionista, algunos autores defenderían la prevalencia de lo subjetivo sobre el resto de dominios, en la evaluación de la propia calidad de vida. No obstante, en el capítulo anterior del presente trabajo se expone cómo aquel debate concluye, cuando la comunidad científica llega a un acuerdo al afirmar que la calidad de vida es un constructo multidimensional, que está determinado tanto por factores personales como ambientales, en el cual las dimensiones objetiva y subjetiva coexisten e interaccionan entre sí.

En el estudio del proceso de envejecimiento, se analizan diferentes variables para determinar su influencia sobre las personas mayores y su proceso de envejecimiento. Este es el caso de constructos como la felicidad, la satisfacción vital, el apoyo social y la salud, entre otros, que además son (como se presentaba en el capítulo II), componentes de la calidad de vida. En este sentido, el objetivo del envejecimiento activo, es alcanzar unos niveles óptimos de bienestar, a lo que de manera general se le ha llamado calidad de vida. Como se puede observar en base a las teorías formuladas hasta el momento, existe una relación causa-efecto entre ambos

procesos, con el concepto de “bienestar” como determinante en su logro y consecución. Por este motivo, para los efectos de esta investigación se contempló la necesidad de añadir al modelo previamente descrito de calidad de vida, (escogido por su carácter multidimensional), dos instrumentos destinados a profundizar en esa otra cara de la moneda que todavía hoy genera controversia pero a su vez, parece ineludible cuando hablamos tanto de calidad de vida, como de envejecimiento exitoso: el bienestar, la satisfacción con la vida y la felicidad. De esta forma además, se pretende observar la significatividad de dichas variables subjetivas, no descartando aquellas teorías que inciden en un modelo unidimensional de calidad de vida.

El interés científico por los estudios sobre el bienestar se remonta a la década de los sesenta, momento histórico de desarrollo económico tras la postguerra, en el que aparecen los Estados de Bienestar y las investigaciones apartan un poco su mirada de la desigualdad social y la pobreza. Comienza a evaluarse “el buen vivir” y aunque al principio los parámetros de medición son exclusivamente de carácter monetario, poco a poco y en una lucha contra dicho materialismo, la investigación empírica empezó a centrar su atención en otros aspectos de la calidad de vida (Veenhoven, 2005). Sin embargo, tal y como se explicaba en capítulos anteriores, las primeras investigaciones sobre calidad de vida estaban centradas en la comprensión de enfermedades y patologías, desatendiendo según Seligman y Csikszentimihalyi (2000), los aspectos positivos del ser humano: el bienestar, la alegría, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad.

Fue con la llegada de la psicología positiva (Seligman, 1998), cuando comenzó a advertirse en algunos de los estudios sobre el bienestar humano, la presencia de aspectos o cualidades positivas: las fortalezas y virtudes humanas, así como el efecto que estas tienen en la vida de las personas y en las sociedades en que viven. Esta nueva perspectiva comienza a consolidarse a finales del siglo XX, viéndose incrementados cuantiosamente según Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), el número de investigaciones interesadas en conocer los componentes necesarios para alcanzar una buena vida, una vida feliz, con satisfacción personal. Por otro lado, algunos autores afirman que dicho interés ha existido siempre (Mc Mahon, 2006, citado por Vázquez y Torres 2009), aunque es cierto que su repercusión y alcance teórico se comienza a

hacer explícito muy recientemente, suponiendo un gran avance para las ciencias sociales y de la salud.

En este sentido, el estudio del bienestar y la calidad de vida, han puesto el énfasis en la satisfacción vital, la felicidad, la salud o el apoyo social. Aunque ambos conceptos compartan orígenes y algunas semejanzas en cuanto a las condiciones o componentes que abarcan, en el presente trabajo se entiende el bienestar, como uno de los componentes de la calidad de vida subjetiva. Es decir, partiendo de la base de que la calidad de vida es un concepto multidimensional, el bienestar se encontraría tal y como sintetiza Veenhoven, en el tercero de sus significados o tercera dimensión. La autora afirma que la calidad de vida es un amplio constructo que abarca tres significados: Calidad del entorno en que vivimos; Calidad de acción y Disfrute de la vida. Éste último, se define como la apreciación completa que la persona hace de su propia vida en general (Veenhoven, 2001), o lo que Fernández Ballesteros (1993) recoge en su modelo multidimensional como, calidad de vida subjetiva. En dicho modelo, la autora diferencia entre factores objetivos y subjetivos, definiendo éstos últimos, como la percepción y apreciación que el individuo realiza de los primeros. Por este motivo, la presente investigación parte de la base de que los indicadores de bienestar son todos aquellos elementos importantes en la vida de las personas, definidas desde su propia perspectiva y valoración: la salud percibida, la satisfacción social, las necesidades culturales, la satisfacción vital, la felicidad, etc.

En los esfuerzos por comprender el bienestar y sus causas, se puede observar cómo la literatura científica afirma la existencia de dos grandes tradiciones teóricas respecto al bienestar (Deci & Ryan, 2008), representadas por una sólida línea de investigaciones que han ido configurando el concepto de bienestar y sus componentes de manera relativamente reciente (Diener et al., 1985; Okun y Stock, 1987; Lawton y Kleban, 1984; Liang, 1985; Stock, Okun y Benin, 1986; Ryff, 1989; Veenhoven, 1994; Ryff & Keyes, 1995; Deci & Ryan, 2000; Veenhoven, 2001; Seligman, 2002; Vázquez et al., 2008; Diener, 2009).

Ambas corrientes teóricas, han generado un debate académico respecto a la rigurosidad del término, reproduciendo mediante aproximaciones científicas, dos antiguas orientaciones filosóficas. Por un lado estaría la perspectiva hedonista,

centrada en la presencia o ausencia de afectos positivos y negativos (Kahneman et al., 1999; Diener, 1985) y por otro lado, la eudaimónica, cuya base es vivir la vida de forma plena, dando realización a los potenciales humanos más valiosos (Ryan et al., 2008).

Desde el enfoque hedonista el bienestar subjetivo incluye dos elementos: el balance afectivo (que se obtiene restando la frecuencia de emociones negativas a la frecuencia de emociones positivas) y la satisfacción vital percibida, referente a la propia evaluación global que el sujeto hace de su vida o aspectos de la misma, mediante la comparación con sus circunstancias y la de los otros (Bowling et al., 1983) y el nivel de consecución de aspiraciones y logros (Diener, 1996). En resumen, el bienestar subjetivo es un concepto que incluye el estado emocional en un determinado momento y la valoración global respecto a la satisfacción con la propia vida y sus diferentes dominios (Diener y Lucas, 2000). En base a esta definición, podrían asumirse dos componentes del bienestar subjetivo que Triadó (2003) diferencia entre: componente emocional o afectivo, relacionado con los sentimientos de placer y displacer experimentados y que comprende entre otros, el concepto de felicidad (con poca estabilidad temporal) y otro componente cognitivo, referido a la apreciación personal sobre la propia trayectoria vital, es decir, la satisfacción vital (relativamente estable en el tiempo).

Bajo la concepción eudaimónica, se entiende el bienestar en términos de funcionamiento pleno, es decir, motivos, metas, comportamientos que satisfacen las necesidades básicas de competencia, relaciones y autonomía. Según Waterman (1993), el bienestar se halla en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que presumen un compromiso pleno, mediante el cual se alcanzan sentimientos de vitalidad y autenticidad.

Carol Ryff (1989,1995), propone el término de bienestar psicológico entendiéndolo como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo, que no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de negativas (Ryan & Deci, 2001). Para comprender la complejidad del término, la autora propone un modelo multidimensional, en el cual presenta seis aspectos diferentes de un bienestar óptimo a nivel psicológico, entendiendo que cada dimensión es un reto que encuentran las personas para funcionar positivamente (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009):

Autoaceptación; Relaciones positivas con los otros, Control ambiental, Autonomía, Propósito en la vida, Crecimiento personal.

En esta línea argumentativa el concepto de vivir con satisfacción no es equiparable a la satisfacción vital (SWLS) ya que, vivir con satisfacción puede entenderse como la “capacidad de disfrute” de los diferentes hechos y acontecimientos ocurrientes en la vida, pero la apreciación de la vida presente no es la misma que la del estado de ánimo del momento. “Se puede estar insatisfecho con la vida pero sentirse eufórico ocasionalmente” (Veenhoven, 2005, p.06). Más bien la satisfacción vital sería un concepto que junto a otros como la felicidad, el bienestar subjetivo, la salud o la integración social ayudan a promover el bienestar a través de la calidad de vida. Según Ryff (1995,1998), la felicidad o el bienestar psicológico no es el principal motivo de una persona sino más bien el resultado de una vida bien vivida.

De forma análoga, Ryan y Deci (2000) proponen la teoría de la autodeterminación defendiendo la idea eudaimónica de autorrealización como centro y motor del bienestar. Se plantea que el bienestar es el resultado de la asimilación congruente y coherente de un sistema de metas y de un funcionamiento psicológico óptimo, para lo cual han de estar cubiertas tres necesidades básicas: autonomía, competencia y vinculación. Según los autores, la satisfacción de dichas necesidades también fomenta el bienestar subjetivo, lo que cerraría el debate entre ambos tipos de bienestar, pudiéndose considerar diferentes “vías hacia la felicidad” (Seligman, 2002).

Según Vázquez (2009) y en base al recorrido teórico planteado anteriormente, podría sintetizarse que “la concepción eudaimónica se centra en el contenido de la propia vida y en los procesos implicados en vivir bien, mientras que la concepción hedónica se centra en el resultado específico, concretamente en conseguir la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, y una sensación global de satisfacción con la vida” (p.18).

Lo que está claro, es que el estudio sobre el bienestar es un proceso joven y complejo, cuyo desarrollo está aún en ebullición, generando el interés de múltiples y diferentes disciplinas desde sus comienzos: política, economía, medicina, sociología, psicología y gerontología. Respecto a esta última, en los últimos años se ha generado

un especial interés por los estudios que relacionan el bienestar en los procesos de envejecer (Inga y Vara, 2006; Birren y Dieckmann, 1991; Deci y Ryan, 2000; Keyes y Waterman, 2003; Ryff, 1989; Riff y Keyes, 1995; Seligman, 2002; Diener, 2009).

En este sentido, al igual que ocurre con la Calidad de Vida, el bienestar y más concretamente la satisfacción vital, (la cual podría entenderse como una dimension y/o indicador del anterior), se ha convertido en una clara meta en la carrera hacia el envejecimiento activo. En gran medida, la evaluación y promoción del bienestar se convierte por tanto en un objetivo deseable a nivel social y político (Diener et al., 2009; Vázquez, 2009) y en un objeto de estudio ineludible para las ciencias sociales y de la salud, especialmente para la psicogerontología. Dicha preocupación ha permitido, que a través de diversas investigaciones cuyo objetivo era identificar aquellos factores relacionados con el bienestar para las personas mayores, hoy se conozca un buen número de ellos, entre los que se pueden destacar la salud (percibida y objetiva), los estilos de vida, la realización de planes hacia el futuro, los estilos de logro, el apoyo social, la depresión y algunos factores sociodemográficos (estado civil, ocupación, ingresos económicos) (Montorio e Izal, 1992).

Según el IMSERSO (2004) “la investigación parece indicar que las percepciones subjetivas de las condiciones ambientales en las que vive el anciano son mejores predictores de bienestar que medidas más objetivas de tales condiciones de vida. Aunque también es cierto que las circunstancias más objetivas influyen sobre el bienestar de una forma indirecta mediante su impacto sobre las percepciones subjetivas (Liang, Kahana y Doherty, 1980).”

2. La salud y el bienestar.

En una declaración de la primera reunión de la OMS sobre la promoción de la salud celebrada en Ottawa en 1986, se afirmaba que “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objeto de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas” (Vázquez et al., 2009, p16).

Resulta imprescindible, sin embargo, la diferenciación de algunos conceptos como *salud*, *estado de salud*, *calidad de vida* y *calidad de vida relacionada con salud*, los cuales han generado cierta confusión en la literatura científica, tal y cómo se expone en el estudio sobre calidad de vida relacionado con la salud, realizado por el IMSERSO (2004). Según algunas definiciones, el estado de salud se ha concebido como un indicador de la salud objetiva, es decir, el resultado del diagnóstico médico y las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos (Badía, 1995). En esta línea, Bergner (1989) defiende que el “estado de salud”, engloba todos los componentes que definen integralmente a la persona y descarta los elementos externos e independientes, aunque puedan interaccionar con ella; sirviendo como ejemplo de aquellas teorías tradicionales en las que sólo se contemplaba la salud de forma objetiva, a través de mediciones externas, mediante la creación de un diagnóstico o la puntuación en una escala (Lawton, 2001).

Según Yanguas (2004), el concepto clave en los próximos años será el de calidad de vida relacionada con la salud, para cuya comprensión plantea una diferenciación entre factores extrínsecos e intrínsecos. Así, estarían por un lado aquellos elementos que forman parte del individuo y los que son externos a éste, de cuya interacción pueden derivar cambios en el estado de salud. Ya que, si se entiende la calidad de vida como un concepto amplio que contiene no sólo el estado de salud o la situación económica, sino la percepción global de satisfacción que el individuo tiene de éstas y otras dimensiones importantes para su bienestar (Hörnquist 1989), la calidad de vida relacionada con la salud “incluye causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud” (Lezaun, 2006, p.26).

De esta manera, tal y como se planteaba anteriormente, a raíz de los estudios sobre bienestar surge el concepto de salud percibida, entendida como uno de los componentes subjetivos de la calidad de vida y que se refiere a la propia autovaloración que hace el individuo de su estado de salud, basado en criterios implícitos. Respecto a esto, Veenhoven (2005) afirma que la salud y el bienestar no son lo mismo, por ejemplo alguien puede gozar de buena salud (objetiva), según el criterio de su médico, pero sentirse mal en su interior (salud percibida) y al revés.

Así mismo, Lozano et al., (2003) hace hincapié en el hecho de que salud y felicidad no son conceptos equivalentes, aunque el primero puede ser un componente esencial del segundo; “hay gente sana que no es feliz y paradójicamente personas que están muriendo y que son felices” (Lozano, 2003, p.02).

Por otro lado, tal y como concluye Vázquez, (2009) “se ha demostrado que el bienestar tiene importantes implicaciones para la salud física, jugando un papel significativo en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas, permitiendo incluso incrementar la esperanza de vida” (p.23). Es decir, parece ser que el cómo se siente un individuo y la autovaloración que hace de su vida, influye directamente en su salud física.

En esta línea, tal y cómo sintetiza Vázquez (2009), múltiples investigaciones (Guerra et al., 1996, 1998; Dillon et al., 1985; Fredickson y Levenson, 1998; Urry et al., 2004; Pressman y Cohen, 2005) han demostrado que el bienestar es un amortiguador del estrés, que además ejerce una influencia directa sobre la salud física, especialmente en lo referente al sistema inmunitario, así como a la capacidad de afrontamiento de enfermedades. Además, como se detalla más adelante, el bienestar se ha asociado al envejecimiento activo, habiendo estudios que demuestran que a niveles más altos de bienestar, menor carga alostática en personas mayores (Ryff et al., 2004, 2006; Friedman et al., 2005, 2007; Lindfors y Lundberg, 2002), llegando a establecerse asociaciones entre la esperanza de vida y la satisfacción vital (Koivumaa-Honkanen et al., 2000).

Entre los mencionados estudios, cabría destacar el trabajo de Levy y colaboradores (2002), en el cual se demostró mediante un análisis longitudinal que duró más de veinte años, que las personas cuyas percepciones acerca de envejecer eran positivas cuando se encontraban entre 50 años o más, presentaban una mayor esperanza de vida (7.6 años más) que aquellos con percepciones más negativas sobre el propio proceso de envejecer.

Es un hecho constatado, que la salud es un aspecto preocupante de la vejez, fundamentado en aquellos cambios que experimenta el cuerpo humano conforme va avanzando en su ciclo vital, los cuales son comprendidos como efectos del llamado

envejecimiento normal. Desde la perspectiva de envejecimiento activo y de búsqueda de bienestar, se considera que la salud no sólo es la ausencia de enfermedad, al igual que las emociones positivas son algo más que la ausencia de emociones negativas. Por lo que se puede inferir, que las emociones positivas influyen en la prevención y en el tratamiento de enfermedades, de la misma manera que acrecientan la satisfacción vital (Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

3. La felicidad y la satisfacción vital:

Tal y como se mencionaba anteriormente, el estudio del bienestar ha sido tema de interés de diversas disciplinas, entre ellas la psicología. De hecho, “se ha relacionado con felicidad, calidad de vida y salud, así como con distintas variables personales y contextuales asociadas” (Ballesteros, Medina, Caicedo, 2006, p.240). El estudio de la felicidad y la satisfacción vital en el proceso de envejecimiento ha sido analizado por distintos autores en las investigaciones de los últimos años (Ryff, 1989; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Veenhoven, 2001; Lawton, 2001; Diener & Lucas, 2000 y 2003; Isaacowitz y Smith, 2003; Tur et al., 2003; Lozano, 2003; Lyubomirsky, King y Diener, 2005;; Berg et al., 2006; Kuppens, Realo y Diener, 2008; Navarro et al., 2009; Vivaldi y Barra, 2012).

En la literatura científica, el interés por el estudio de la felicidad y la satisfacción vital va unido a la evolución del concepto de bienestar subjetivo que surge en los años 60. En la última década del siglo XX, su estudio se centra más en identificar los límites de su definición como indica Diener (2000), existiendo cierto consenso entre los investigadores al considerar el bienestar subjetivo como la evaluación positiva que la persona hace de su vida tanto a nivel cognitivo como afectivo. Desde esta perspectiva hedónica, la felicidad representa la dimensión afectiva porque ofrece el estado emocional que determina la causa de los sentimientos (Sirgy y Cornwell, 2002) y la satisfacción con la vida representa la dimensión cognitiva del bienestar subjetivo. No obstante, ambas dimensiones correlacionan entre sí (Diener, 2000).

En términos de Diener (2000) la felicidad y la satisfacción vital son dimensiones del bienestar subjetivo, no obstante ¿se consideran tan sólo dimensiones de un

constructo o tienen entidad en sí mismos? Para resolver esta pregunta el estudio sobre la calidad de vida de Fernández Ballesteros (2011) nos indica tres dominios para definirla: el bienestar subjetivo es el dominio social, la felicidad el dominio psicológico, la salud se constituye como el tercer dominio, que se define con marcadores biomédicos. En este sentido, son necesarios distintos niveles y condiciones (objetivas y subjetivas) para definir la calidad de vida. Para la autora, la satisfacción se relaciona más con aspectos sociales y la felicidad con aspectos más psicológicos.

No obstante, desde una perspectiva de estudio y análisis centrada en el contexto, la calidad de vida puede ser medida, desde un punto de vista psicológico, con auto-registros de bienestar subjetivo, satisfacción y felicidad (Diener et al., 1999). Pero si nos centramos en una perspectiva individual entre las medidas unidimensionales de la calidad de vida destacan la satisfacción vital y la felicidad (Fernández Ballesteros, 1993,1997).

En un intento por combinar los indicadores de calidad de vida, Veenhoven (1996) desarrolló un índice de calidad de vida por naciones basado en el grado en que los ciudadanos viven más y viven felices. Generó un indicador de esperanza de vida feliz (HLE) multiplicando la esperanza de vida por 0-1 de felicidad (convirtiendo la felicidad en una escala estandarizada de 0 a 1 en 48 países). Los resultados mostraron los índices más altos de HLE en el noreste de Europa y lo más bajos en África, es decir, que la esperanza de vida más alta se da en los países más ricos, libres, con más nivel educativo y tolerancia, explicando el 70% de la variabilidad encontrada en el estudio.

Las distintas aproximaciones al concepto de felicidad han ido unidas en las últimas décadas al desarrollo de instrumentos de medida. Así, como consecuencia del debate sobre felicidad, surge el inventario de felicidad OHI desarrollado por Argyle et al (1989), en el que se identifican tres componentes de felicidad: el afecto positivo, el nivel de satisfacción y la ausencia de sentimientos negativos como depresión o ansiedad. Su idea de que la felicidad es en parte ausencia de depresión les facilita el desarrollo del OHI partiendo del inventario de depresión de Beck y añadiéndole algunos ítems más, como indican Francis, Brown, Lester & Philipchalk (1999). Posteriormente Hills & Argyle (1992) lo denominan cuestionario de felicidad (OHQ). Este último introduce algunas

modificaciones de mejora en la escala sobre todo con relación a las opciones de respuesta, pasando de una escala de 0-3 a 6 opciones de respuesta tipo likert. El OHQ proporciona una medida global de felicidad, al mismo tiempo que sirve para evaluar la felicidad como componente de la dimensión subjetiva de calidad de vida, tal y como se ha aplicado en la presente investigación.

Según Veenhoven (2005), “la felicidad es el grado en el cual un individuo evalúa la calidad global de su vida presente como-un-todo de manera positiva” (p.21). La autora diseña un modelo en el que realiza una clasificación cuádruple basada en las siguientes dicotomías: 1. Los aspectos de la vida versus la vida como un todo. 2. El disfrute momentáneo contra la satisfacción perdurable. En resumen, lo que defiende dicho modelo es que habría que diferenciar entre los elementos concretos de la vida que pueden generar o no satisfacción, y la apreciación del conjunto de ellos. Por ejemplo: se puede tener un trabajo satisfactorio pero ser infeliz, o tener un trabajo insatisfactorio y ser feliz. Por otro lado, la autora diferencia también entre la temporalidad de la felicidad, no siendo lo mismo el goce momentáneo o satisfacción instantánea, que la felicidad duradera o experiencia máxima.

En otro estudio publicado en 2001, Veenhoven hace hincapié en la importancia de diferenciar entre felicidad y calidad de vida, ya que ésta última, abarca tres significados: en primer lugar estaría la calidad del entorno en que uno vive, seguida por la calidad de acción o la capacidad interna para resolver los problemas de la vida y finalmente, la calidad del resultado o el disfrute de la vida. La felicidad entendida como “la apreciación de la vida en su conjunto” quedaría abarcada dentro de este último significado, entendido como el bienestar subjetivo, donde también se encontraría entre otros componentes, la satisfacción vital. Según la misma autora, la satisfacción vital sin embargo, es un estado mental, una valoración cognitiva de los afectos que puede ser una “materia evanescente pero también una actitud estable” (Veenhoven 2005, p.06).

En resumen, parece que existe un acuerdo en cuanto a que tanto la felicidad como la satisfacción vital son componentes del bienestar subjetivo, el cual es entendido a su vez, según algunos de los modelos teóricos mencionados, como una dimensión de la calidad de vida. En esta misma línea, Veenhoven (2005) acaba por proponer que el término de calidad de vida, sea utilizado únicamente como indicador, “pues no es una

cualidad en sí mismo, sino una combinación de cualidades” (p.02). Siguiendo ésta y otras aportaciones de gran peso y fiabilidad empírica, en la presente investigación se decide contemplar la multidimensionalidad de la calidad de vida, atendiendo a las variables subjetivas por separado, en una evaluación integral que permite diferenciar dominios y de esta forma, conocer cuales poseen una mayor influencia sobre la calidad de vida de las personas mayores.

4. Conclusión.

Autores como (Birren & Dieckman, 1991; Lozano, 2003; Veenhoven, 2001;) indican que no es acertado equiparar calidad de vida con calidad ambiental, bienestar material, satisfacción vital, felicidad o salud (medida en términos de salud física o calidad de recursos sanitarios) al ser un constructo multidimensional con diferentes niveles y condiciones. En este sentido, términos anteriormente citados como bienestar o satisfacción vital se superponen como lo hacen la calidad de vida y el envejecimiento positivo en la gerontología. Así, autores como Camfield y Suzanne (2008) afirman que es más apropiado utilizar el término de calidad de vida subjetiva si se confunde con constructos como los anteriormente citados.

Ante dicha conjetura, se tiende sin embargo, al reduccionismo metodológico de subjetivizar la calidad de vida, identificándola exclusivamente con medidas subjetivas como por ejemplo la satisfacción vital, o la salud subjetiva. Ambos conceptos son factores subjetivos de la trayectoria vital de cada individuo, aunque no se pueden estudiar como medidas subjetivas aisladas de calidad de vida, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de la misma. Según Moral y colaboradores (2009), el concepto de bienestar es la dimensión subjetiva de la calidad de la vida, que se encuentra próximo a otras categorías que están interconectadas e interrelacionadas.

Hasta aquí, en la revisión de literatura científica se revela la importancia del envejecimiento activo como modelo teórico de referencia para el estudio de la calidad de vida y a la vez, se alerta sobre la obligatoriedad de diferenciarlas teórica y conceptualmente. Motivo que también lleva a distinguir entre medidas subjetivas y

objetivas, unidimensionales y multidimensionales en el estudio de la calidad de vida, como es el caso de la felicidad, la satisfacción vital y la salud.

Tal y como indican Triadó, Osuna y Solé, C. (2005), el estudio del envejecimiento con éxito permite evidenciar modos sanos de envejecer, y facilita el conocimiento de aquellos factores que determinan dicho éxito y que previenen la evolución hacia un envejecimiento patológico. Al partir por tanto de esta idea, según la cual todas las personas poseen la capacidad y posibilidad de experimentar ganancias en cualquier etapa de su vida, el bienestar se convierte en una construcción personal que, aunque se relacione con factores extrínsecos al propio individuo, descansa en la vida subjetiva de cada uno. Es por ello que la presente investigación hace hincapié en la premisa de que la calidad de vida de cada persona, estará determinada por elementos objetivos o de orden externo y por la forma en que cada uno experimenta la realidad de su vida, así como en la interacción de ambos componentes.

Por ello y para ello, se decide aplicar una metodología multidisciplinar que permita medir empíricamente la calidad de vida contemplando todas sus dimensiones, ya que si algo queda claro del recorrido teórico anterior, es que la calidad de vida no puede entenderse desde un solo punto de vista, y por tanto, tampoco puede medirse mediante un solo instrumento.

CAPÍTULO IV

Un estudio empírico sobre el tipo de residencia de personas mayores y su calidad de vida.

1. Introducción

Como hemos visto anteriormente, el concepto de calidad de vida y su definición teórica está sujeto a una continua controversia aún no superada. Es evidente que el proceso de evaluación y las estrategias a seguir serán distintos en función de los diferentes constructos teóricos. No obstante, existe un cierto consenso a la hora de asumir su carácter multidimensional, así como la importancia de la interacción entre las dimensiones objetiva y subjetiva del mismo. De la misma forma, se asume que la calidad de vida depende tanto de factores personales o individuales como contextuales o ambientales. Por ello, una definición operativa ha de reflejar irremediabilmente la multidimensionalidad del término e incluir junto a los aspectos objetivos, una dimensión subjetiva contemplada dentro de la evaluación (Verdugo y Vincent, 2004). En este sentido, ha de contener necesariamente indicadores objetivos de las distintas dimensiones de la calidad de vida, así como indicadores subjetivos -de valoración, juicio o sentimiento- asociados a la percepción que tiene la persona mayor sobre lo que significa vivir satisfactoriamente.

De esta manera, la calidad de vida debe ser evaluada a través de la combinación de indicadores objetivos (de condiciones materiales) e indicadores subjetivos (psicosociales), existiendo, en relación a la dimensión subjetiva, una mayor concienciación sobre la relevancia de que sean las propias personas las que den

sentido a sus propias vidas en el contexto cultural y de valores en el que aquellas acontecen y en relación a sus objetivos de vida (Fernández Ballesteros, 1997).

El objetivo de la presente investigación, es encontrar diferencias entre dichos niveles de calidad de vida según el contexto, definido en gran medida por el tipo de recurso. Para ello, al principio sopesamos realizar una cuantificación de elementos físicos asociados a la satisfacción como (servicios ofertados, personal cualificado, metros cuadrados, etc.), que posteriormente desechamos por dos motivos. El primero, que las propias instituciones públicas a las que nos dirigimos, ya cuentan con este tipo de estudios de manera habitual, en respuesta a los exámenes de calidad que certifican dichos aspectos, entre otros. En segundo lugar, porque tal y como queda expuesto a lo largo del presente trabajo de investigación, entendemos la calidad de vida como un constructo multidimensional que abarca otros ámbitos de la vida, además de las condiciones materiales.

Por esta razón y para evitar problemas metodológicos en cuanto a instrumentos que no sean capaces de abarcar todas las dimensiones implicadas en el concepto de calidad de vida, es preciso que su evaluación contenga pluralismo metodológico, lo que supone la aplicación y combinación de instrumentos o técnicas tanto cuantitativas como cualitativas, o el uso de un instrumento multidimensional.

Hasta hace pocos años, la calidad de vida de las personas mayores se medía a través de la evaluación de las diferentes dimensiones por separado (instrumentos unidimensionales). En este sentido, se pueden hallar instrumentos que evalúan la competencia funcional (Índice de Actividades de la Vida Diaria-Índice de Katz, Escala de Valoración Física de Barthel), así como una escala específica que evalúa la depresión en personas mayores (Escala de Depresión Geriátrica-GDS), e instrumentos para medir la presencia y el grado de deterioro cognitivo (Mental State Questionnaire de Kahn), para evaluar el apoyo social (Escala de Recursos Sociales-OARS) o la satisfacción vital (Escala de Satisfacción Filadelfia de Lawton), entre otras.

Con el paso del tiempo, los instrumentos diseñados para evaluar la calidad de vida son cada vez más multidimensionales. Entre ellos, uno de los más utilizados es el Quality of Life Questionnaire (QLQ), creado por Evans y COPE (1989), con el fin de evaluar de forma directa la calidad de la vida de un sujeto en un amplio espectro de 5 áreas específicas de la vida: Bienestar general, Relaciones interpersonales, Participación en organizaciones, Actividad laboral, Ocio y actividades recreativas.

En la misma línea, otro de los instrumentos que más se aplica en la actualidad es el OARS-MAFQ (Older Americans Resources and Services Program-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), creado en la universidad de Duke en 1978 y revisado en 1988. Dicho cuestionario se ha convertido en una herramienta aceptada para la valoración integral de los ancianos no institucionalizados y para orientar la asignación de recursos para esta población.

Durante la década de los 90, la mayoría de investigaciones sobre el tema comenzaron a focalizar su estudio en la revisión de las dimensiones y los indicadores de Calidad de Vida, con el objetivo de especificar su alcance y así poder operativizar el concepto.

Entre los modelos con más reconocimiento académico, estaría el propuesto por Schalock (1996,1997) para personas con discapacidad intelectual y sus revisiones posteriores. En una de ellas, partiendo del modelo de Calidad de Vida mencionado, Schalock y Verdugo (2002) realizaron una exhaustiva investigación referente a las dimensiones de Calidad de Vida y los indicadores que las componen. Para ello, revisaron la literatura científica de los últimos veinte años referente al proceso de envejecimiento, estudiado desde diferentes disciplinas. Con la información obtenida, los autores construyeron un instrumento capaz de realizar una valoración objetiva de los factores fisiológicos, psicológicos y ambientales de la Calidad de Vida de las personas mayores, a través de la Escala FUMAT. En estudios posteriores, se ha confirmado la validez y fiabilidad de dicha escala para evaluar la calidad de vida objetiva de personas mayores y personas con discapacidad que son usuarias de servicios sociales (Gómez,

Verdugo, Arias y Navas, 2008), convirtiéndose en uno de los instrumentos más utilizados en el ámbito profesional.

En 1999, se crea un instrumento para medir la calidad de vida subjetiva, a través del índice de calidad de vida de Mezzich, Cohen y Ruipérez (QLI-Sp), el cual consta de diez ítems, formados por escalas tipo Likert con un intervalo de 1-10. Los aspectos que mide son los siguientes: Bienestar físico, bienestar psicológico y emocional, funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socioemocional, apoyo socio comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de la calidad de vida.

Posteriormente, en un intento por fusionar tanto la evaluación subjetiva como la objetiva de la Calidad de Vida de las personas mayores Ballesteros y Zamarrón (2007) diseñan el CUBRECAVI (Cuestionario Breve de Calidad de Vida). Tal y como se expone en páginas posteriores, éste instrumento responde al modelo multidimensional de Calidad de Vida propuesto por los mismos autores, logrando abarcar los diferentes pilares o aspectos que inciden en la Calidad de Vida, como son las condiciones socio ambientales y las condiciones personales. Por ello, el CUBRECAVI fue escogido como uno de los instrumentos para la evaluación de Calidad de Vida, que mejor se ajustaba al propósito de la presente investigación.

Siguiendo los planteamientos y estudios expuestos anteriormente, el análisis de un constructo multidimensional como es la calidad de vida resulta complejo, por lo que es preciso atender a las evidencias empíricas que demuestran la influencia de algunas variables como la salud, las relaciones sociales, la satisfacción con la vida, etc. Además, en la literatura científica se defiende la existencia de modelos unidimensionales y multidimensionales para conceptualizar el constructo de calidad de vida. De esta revisión, han ido emergiendo varios interrogantes ¿es la calidad de vida un constructo unidimensional o multidimensional? Si es multidimensional, ¿cuáles son los indicadores que definen la calidad de vida? ¿Son subjetivos u objetivos?

Para poder responder a estas preguntas de investigación y operativizarla, nos planteamos una serie de objetivos. El objetivo general es conocer la calidad de vida de los mayores de 65 años residentes en las dos únicas residencias geriátricas concertadas de Pamplona y los apartamentos tutelados municipales de la misma ciudad (Navarra). Y los objetivos específicos son los siguientes:

- Estudiar la Calidad de Vida de las personas mayores desde una perspectiva multidimensional, para poder así identificar aquellos elementos que la condicionan.
- Observar la influencia del contexto y los efectos de su interacción con el resto de variables que establecen la Calidad de Vida, de las personas mayores participantes en el estudio.
- Analizar la satisfacción vital y la felicidad de la muestra, mediante el estudio unidimensional de cada variable para completar nuestro modelo de Calidad de Vida, contemplando la dimensión subjetiva y personal del concepto.
- Estudiar las diferencias en la calidad de vida con relación a las variables sociodemográficas o de sujeto, edad, sexo, nivel de estudios, lugar de residencia, etc., que nos permitan observar interacciones significativas entre aquellos componentes que definen la calidad de vida.

Con todo ello, esperamos encontrar diferencias significativas entre las variables y factores que definen la Calidad de Vida de las personas mayores entrevistadas en función de su lugar de residencia. Además, pretendemos identificar aquellos componentes biopsicosociales que favorecen la calidad de vida integrando aspectos subjetivos y objetivos en su definición.

Para lograrlo, se identifican las siguientes variables objeto de estudio:

- VD: calidad de vida

- VIs: Salud, Integración Social, Habilidades Funcionales, Actividad y Ocio, Calidad Ambiental, Satisfacción Vital, Educación, Ingresos y Servicios Sociales y Sanitarios.....
- Hº: La satisfacción vital y la felicidad influyen en la calidad de vida contrastando la idea de unidimensionalidad de la calidad de vida.

A continuación expondremos con más detalle la metodología utilizada para nuestra investigación, la selección de los participantes de la muestra y de los instrumentos para su valoración. Seguidamente explicaremos el procedimiento seguido para la recogida de los datos, que como veremos, nos permitió aplicar los diferentes tipos de instrumentos sin generar un efecto fatiga y sin que incidieran unas pruebas en otras.

2. Participantes:

La muestra seleccionada para la aplicación de la batería de test está formada por las personas mayores de 65 años usuarias de Apartamentos tutelados municipales y Residencias concertadas situadas en el municipio de Pamplona (Navarra). El número de participantes en los apartamentos tutelados municipales total es de 57 personas y en residencias concertadas de 54 personas, constituyendo la muestra definitiva 112 sujetos, que finalmente fueron quienes cumplieron la batería de test completa y accedieron a colaborar con la investigación de forma voluntaria. Para la muestra definitiva, se eligió a las personas mayores diagnosticadas como personas válidas desde los diferentes recursos, contando con la colaboración de sus profesionales.

La descripción de la muestra se presenta con una serie de tablas que representan las variables sociodemográficas (Sexo, Lugar de Residencia, Edad, Estado Civil, Ingresos y Educación) y se han relacionado con los cuestionarios mediante unos códigos que les fueron asignados a cada uno de ellos y que tienen como objetivo asegurar el anonimato de los participantes.

En la Tabla 1., se puede observar cómo de los 112 sujetos que componen la muestra definitiva, 57 viven en apartamentos tutelados y 55 en residencia, formando

dos grupos bastante equitativos ((50.9% y 49.1%). Observamos también que en la distribución de la muestra hay más mujeres que hombres (56.3% frente al 43.8%).

Tabla 1. Distribución de la muestra por sexo y lugar de residencia

		Sexo		Total
		Mujer	hombre	
Lugar Residencia	Comunidad	34	23	57
	Residencia	29	26	55
Total		63	49	112

En cuanto al estado civil (Tabla.2), la mayor parte de los sujetos de la muestra son viudos/as (36.6%), seguidos por solteros/as (32.1%), mientras que el porcentaje de casados/as y de separados/as es bastante inferior (17.9% y 13.4%). Además, en la tabla se puede observar como los sujetos que viven en la residencia son en su mayoría solteros/as (41.8%), mientras que los que viven en apartamentos tutelados son mayoritariamente viudos/as (49.1%).

Tabla 2. Distribución de la muestra según Estado Civil y Lugar de Residencia

		Estado Civil				
		Separado/a-				
		Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Viudo	Total
Lugar Residencia	Comunidad	13	7	9	28	57
	Residencia	23	13	6	13	55
Total		36	20	15	41	112

Por otro lado, si nos fijamos en la tabla 3., vemos cómo de los 112 sujetos que componen la muestra, la mayor parte se encuentra en los grupos de edad comprendidos entre 75 y 84 años (42.0%), seguidos por los que tienen de 65 a 74 años (37.5%) y por último aquellos que superan los 85 años, siendo un grupo minoritario del total de la muestra (20%).

Así mismo, podemos observar cómo en los apartamentos tutelados los sujetos de la muestra son más jóvenes que en la residencia, con solo nueve sujetos de 85 o

más años y 26 sujetos de entre 65 y 74 años; mientras que en la residencia el grupo mayoritario se sitúa entre los 75 y 84 años, habiendo además 23 sujetos mayores de 85 años.

Tabla 3. Distribución de la muestra por Edad y Lugar de Residencia

		Edad			Total
		65 a 74	75 a 84	85 o más	
lugar residencia	comunidad	26	22	9	57
	Residencia	16	25	14	55
Total		42	47	23	112

Respecto al nivel de estudios (tabla 4), la mayor parte de los sujetos de la muestra no tiene estudios (40.2%), seguidos por los que acabaron los estudios primarios (36.6%) y por último, el grupo minoritario formado por los que hicieron estudios medios o superiores (23.2%).

Además se puede observar cómo los sujetos que viven en los apartamentos tutelados han terminado los estudios primarios (40.3), mientras que el porcentaje de personas sin estudios es más alto entre los sujetos que viven en residencia (47.2%).

Tabla 4. Distribución de la muestra según Nivel Educativo y Lugar de Residencia

		Educación			Total
		Sin estudios	Estudios primarios	Estudios medios o superior	
Lugar Residencia	Comunidad	19	23	15	57
	Residencia	26	18	11	55
Total		45	41	26	112

Finalmente, en la tabla 5 podemos observar cómo de los 112 sujetos que comprenden la muestra, el 56.2% cuenta con unos ingresos inferior o iguales a 600 € mensuales.

Sin embargo, podemos observar como en las residencias, el número de sujetos que tiene unos ingresos de más de 600 euros es superior a los que sus ingresos no

superan dicha cifra (30 sujetos frente a 25). Así mismo, en los apartamentos tutelados hay un número muy superior de personas cuyos ingresos no superan los 600 euros, frente a los que si (66.6% frente a 33.3%).

Tabla 5. Distribución de la muestra según Ingresos y Lugar de Residencia.

		Ingresos		Total
		Hasta 600 euros	Más de 600 euros	
Lugar Residencia	Comunidad	38	19	57
	Residencia	25	30	55
Total		63	49	112

3. Instrumentos.

3.1. Instrumentos de medida de la Calidad de Vida:

a. Breve Cuestionario de Calidad de Vida (CUBRECAVI) (Fernández-Ballesteros & Zamarrón, 1996).

Se basa en el concepto multidimensional de calidad de vida y salud propuesto por la OMS. Este cuestionario permite realizar una exploración rápida de los componentes más relevantes de la calidad de vida de las personas mayores ya que, evalúa 9 dimensiones con el objeto de poder ponderar la importancia subjetiva e ideográfica de cada uno de los componentes de la calidad de vida para la persona mayor. El Cuestionario contiene adicionalmente una pregunta en la que se interroga al sujeto sobre el orden de importancia que atribuye a los distintos determinantes de la calidad de vida.

Los indicadores, contruidos sobre una muestra de más de 1000 personas mayores de 65 años, permiten comparar con un grupo normativo el nivel de calidad de

vida del sujeto en cada una de las 9 dimensiones que evalúa:

- Salud (subjetiva, objetiva y psíquica).
- Integración social (satisfacción con la convivencia, frecuencia de las relaciones sociales y satisfacción de las relaciones sociales).
- Habilidades funcionales (autonomía funcional y actividades de la vida diaria).
- Actividad y ocio (nivel de actividad, frecuencia de actividades y satisfacción de las actividades).
- Calidad ambiental (satisfacción de los elementos ambientales y satisfacción general de la vivienda).
- Satisfacción con la vida.
- Ingresos.
- Servicios Sociales y Sanitarios.
- Educación.

El CUBRECAVI mide tanto objetiva como subjetivamente cada una de las dimensiones, que a su vez, tienen una puntuación directa (la media por área) y una puntuación estándar. Su nivel de consistencia y fiabilidad oscila entre 0.92 y 0.70 para las diferentes áreas, excepto para la de integración social. Su validez criterial a partir de una correlación múltiple es de 0.66.

El CUBRECAVI es un cuestionario que el propio sujeto puede contestar de forma individual o puede administrarse de modo grupal, aunque en los casos que sea necesario también puede aplicarse mediante una entrevista individual realizada por un profesional.

3.2. Instrumentos de medida de las variables psicológicas de Calidad de Vida:

a. Escala de Satisfacción vital de Philadelphia (SWLS) (Lawton, 1972).

Fue diseñada por Lawton en 1972 y se trata de una escala basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado, se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que “uno tiene un sitio en esta vida” y la aceptación de lo que no se puede cambiar, (Rubio Herrera, 2004).

Según Campbell, Converse y Rodgers (1976), la satisfacción vital es un indicador del bienestar psicológico, que se puede describir como *“la valoración o respuesta de tipo cognitivo que sobre su propia vida realizan las personas, o lo que es lo mismo, la valoración global de la propia existencia basada en la comparación entre las aspiraciones y los logros alcanzados. La satisfacción es mayor cuando los logros se aproximan a las aspiraciones y disminuye cuando se alejan.”* (Leturia, 1998)

Como hemos señalado anteriormente, las percepciones individuales sobre la propia calidad de vida, corresponden a una dimensión subjetiva que no podemos ignorar a la hora de su comprensión como concepto multidimensional. Por ese motivo, consideramos imprescindible la incorporación de esta escala como complemento al CUBRECAVI.

b. Cuestionario de felicidad de Oxford (OHQ) (Argyle, Martin, & Crossland (1989).

Tal y como exponen Tomás-Sábado, Edo-Gual, Aradilla-Herrero, Sorribes, Fernández-Najar, y Montes-Hidalgo (2014), en su trabajo sobre la evaluación de las propiedades psicométricas del OHQ, la creación del instrumento estuvo sujeto a varias fases y revisiones para su mejora, lo que le confiere actualmente una alta consistencia interna y estabilidad temporal (Cruise, Lewis, y Mc Guckin, 2005; Hills y Argyle, 2002).

Así, en respuesta a un incremento del interés científico por la denominada psicología positiva, y a la fuerza de conceptos relacionados con estados afectivos percibidos de carácter positivo, entre ellos la felicidad, Argyle, Martin and Crossland (1989) desarrollaron el Inventario de Felicidad de Oxford (Oxford Happiness Inventory = OHI).

“Consistía en una escala autoadministrada de 29 ítems para evaluar el bienestar subjetivo, construida bajo el presupuesto de que la felicidad de las personas es, básicamente, el resultado de tres elementos: la frecuencia o grado de afecto positivo o alegría; el nivel medio de satisfacción vital durante un período de tiempo; y la ausencia de sentimientos negativos, como la depresión o la ansiedad. Aunque el OHI ha presentado buenas propiedades psicométricas, tanto en su forma original inglesa (Furnham & Cheng, 2000; Joseph & Lewis, 1998; Valiant, 1993), como en su adaptación a otros idiomas (Francis & Katz, 2000; Lewis, Francis, & Ziebertz, 2002; Liaghatdar, Jafari, Abedi, & Samiee, 2008; Lu & Shih, 1997), presenta el inconveniente de que sus cuatro opciones fijas para cada uno de los 29 ítems lo convierten en un cuestionario relativamente largo, que precisa un considerable período de tiempo para su administración” (Tomás-Sábado et al., 2014, p.3) .

El Cuestionario de Felicidad de Oxford (Oxford Happiness Questionnaire= OHQ), surge como solución a los problemas hallados en su antecesor (OHI). Una de las mejoras incorporadas, es la modificación de algunos ítems y formatos de respuesta, así como cambios en el método de puntuación.

De esta manera, el OHQ es un cuestionario de 29 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert de seis puntos, desde “totalmente en desacuerdo” (1) a “totalmente de acuerdo” (6), de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango de 29 a 174, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de bienestar subjetivo. En su versión original (Hills & Argyle, 2002), el OHQ presenta un alfa de Cronbach de 0,90 y una correlación test-retest a siete semanas de 0,78. La versión española del OHQ se creó partiendo de la escala original inglesa, tras repetidos procesos de traducción y retrotraducción.

Finalmente, los autores incluyen una versión corta de la escala con 8 ítems (OHQ-SF), como alternativa a posibles limitaciones en cuanto al tiempo para su

administración, la cual presenta características de fiabilidad y validez aceptables que justifican su uso en la evaluación del bienestar subjetivo en población española (Tomás-Sábado et al., 2014).

Para la presente investigación, se seleccionó y aplicó la versión traducida del cuestionario original inglés (OHQ).

3.3. Instrumento de medida de las variables biológicas de Calidad de Vida:

b. Exámen cognoscitivo Mini-Mental (MMSE) de Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Adaptación española de Lobo, A., Saz, P y Marcos, G. (2001).

Creado en 1975 por Folstein y sus colaboradores, con la idea de aportar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza especialmente para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas y su uso ha adquirido gran popularidad en el ámbito clínico, pues permite identificar rápidamente a pacientes con déficits cognitivos importantes. Es una herramienta de función tipo *screening*, es decir, de evaluación rápida (no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración) la cual permite sospechar déficit cognitivo pero sin embargo, no permite especificar qué dominio está alterado ni conocer su causa, por lo que nunca debe aplicarse para suplantar a una evaluación clínica completa del estado mental.

Se trata de una sencilla escala estructurada de 11 preguntas, que abarca cinco funciones cognitivas superiores: orientación, retención, atención y cálculo, memoria y lenguaje. Un resultado por arriba de 27 puntos (de 30) se considera normal, una calificación por debajo de los 24 sugiere una demencia, con una valoración 23-21 demencia leve, 20-11 demencia moderada, menor de 10 demencia severa.

El objetivo de su aplicación en la presente investigación es discriminar y descartar aquellos sujetos cuya puntuación superase el punto de corte. Ya que uno de los

requisitos para la selección de la muestra es que sus participantes fuesen personas mayores válidas y sin deterioro.

4. Procedimiento:

La aplicación de esta batería corresponde a un estudio transversal en el que la inicial recogida de datos tuvo lugar durante los primeros cinco meses del año 2010 en los Apartamentos tutelados municipales de Pamplona, y la posterior durante los últimos cinco meses del año siguiente (2011), en las Residencias públicas de la misma ciudad.

El plazo transcurrido en total es de diez meses, lo correspondiente al año académico con sus cortes, tiempo que fue dedicado a la toma de contacto con los profesionales de los diferentes recursos, así como a numerosas entrevistas de carácter burocrático para obtener permisos institucionales, entre ellas, la defensa de la investigación ante un tribunal jurídico que aprobase la participación e inclusión de dichos recursos públicos como parte de la muestra.

Una vez concedidos los permisos y finalizados los trámites administrativos, se procedió al reconocimiento de los recursos, la presentación del proyecto a los mismos y la selección de sus participantes, mediante entrevistas concertadas con los directores/as, trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales. Estas entrevistas fueron factor decisivo en la selección de la muestra basada en las variables socio demográficas expuestas anteriormente.

Un requisito indispensable era que los participantes fuesen personas mayores válidas, con autonomía suficiente para poder realizar la batería de tests de forma individual. Este requisito se planteó originalmente con el objetivo de aplicar los instrumentos de manera colectiva, en grupos de seis a ocho personas. Sin embargo, las primeras sesiones pusieron de manifiesto la dificultad operativa de dicho procedimiento, ya que a pesar de que todos los participantes respondían al diagnóstico de personas válidas, esto no les eximía de otros factores a tener en cuenta, que

aparecieron como indicadores claros de la necesidad de cambiar este planteamiento grupal de aplicación, por uno más individualizado.

Entre las dificultades observadas más comunes estaban: déficit de visión, déficit de audición, analfabetismo o problemas articulares en las manos. Por otro lado, se pudo comprobar que el alto grado de “expresión de sentimientos íntimos” sugerido en las cuestiones de los test, incomodó hondamente a los participantes de estas primeras sesiones, los cuales manifestaron posteriormente su desagrado. Por estos motivos, se decidió que en algunos casos, se mantendría el procedimiento grupal mediante la reducción del número de participantes, con un máximo de cinco personas por sesión, previamente seleccionadas y referidas por los profesionales de cada recurso como personas con un alto nivel de autonomía, de carácter alegre y sociable. El resto de las sesiones se realizaron de forma individualizada.

Ante el posible efecto fatiga motivado por la extensión de la batería de test se decidió dividir su aplicación en dos momentos bien diferenciados. En primer lugar se aplicó la prueba estandarizada MMSE con el objetivo de que los participantes estuviesen lo menos cansados posible para la medición del posible deterioro cognitivo y, posteriormente, el resto de las escalas que componen la batería siguiendo siempre el mismo orden: CUBRECAVI, escala de Satisfacción vital (SWLS) y por último, el Cuestionario de Felicidad de Oxford- OHQ. El lugar y horario de aplicación fue designado en base a la disposición tanto de cada participante, como de los propios recursos, con el cumplimiento de unos mínimos establecidos con anterioridad: que se realizase en lugares adaptados y de fácil acceso y en horarios que no interfiriesen en la actividad diaria de sus participantes. El tiempo de aplicación en ninguna de estas convocatorias superó la hora y media.

CAPÍTULO V

Resultados

1. Introducción.

El objetivo fundamental del presente trabajo de investigación, es conocer los niveles de calidad de vida percibida por las personas mayores que viven en Pamplona y son usuarias de dos de los recursos sociales más demandados por este colectivo: las residencias geriátricas concertadas por el Gobierno de Navarra (Casa Misericordia y El Vergel) y los apartamentos tutelados municipales (Arga, Txokoberri, Iturrama y Ansoleaga).

Para ello, se planteó un análisis que permitiese conocer en qué manera la calidad de vida, está influida por las vivencias de los mayores según el diferente lugar de residencia. De ahí, surge el verdadero objetivo de la presente investigación y sus hipótesis correspondientes, según las cuales por un lado la calidad de vida no está únicamente determinada por factores materiales y económicos, sino que incluye elementos personales, vinculados a la sensación de autonomía, uso del tiempo libre, percepción del estado de salud, etc; y por otro lado, la hipótesis de que dichos elementos materiales (asociados a la diferente institución o recurso social en el que se encuentra viviendo la persona mayor), mediatizan el resto de factores de la calidad de vida, siendo más favorable vivir en un apartamento tutelado que en una residencia geriátrica, en cuanto que los primeros promueven una vida con mayor autonomía, mayores niveles de actividad, mejor salud percibida, más integración social, felicidad y satisfacción vital . Desde nuestra perspectiva metodológica, el mejor modo de poder estudiar esta realidad, era preguntar directamente a las propias personas mayores, de cuyas respuestas surgen los resultados aquí presentados.

Para lograr resolver las cuestiones anteriores, se comienza por el estudio preliminar de las variables objeto de estudio, mediante un análisis descriptivo de

medias y desviaciones tipo, con el objetivo de obtener una descripción general de la tendencia en las respuestas de la muestra.

Para la siguiente fase del estudio estadístico, realizamos un análisis de varianza, mediante el estudio de dos muestras que nos permite comprobar si las medias de las dos poblaciones distribuidas en forma normal son iguales. Es decir, a través de las pruebas de muestras independientes conocemos las diferencias entre los sujetos que viven en una residencia o un apartamento tutelado, respecto a las variables de calidad de vida.

Seguidamente, se llevó a cabo el análisis específico de los componentes de la calidad de vida, mediante el cual se puede obtener información directa sobre qué aspectos de la calidad de vida son relevantes para las personas mayores de ambos contextos. Se trata de una de las variables que mide el CUBRECAVI, en forma de pregunta abierta que ofrece a los participantes la posibilidad de elegir lo que para ellos supone la calidad de vida por orden de prioridad. A continuación, se procedió al estudio detallado de las relaciones entre las variables de Calidad de Vida observadas mediante el análisis de correlaciones. Finalmente, con el objetivo de observar el efecto de unas variables sobre otras y poder determinar así, cuales son los principales determinantes de Calidad de Vida y con qué variables se relacionan, presentamos el modelo de regresión lineal simple univariante.

Por último, consideramos importante adelantar que el CUBRECAVI es un cuestionario basado en un concepto multidimensional de calidad de vida y no presenta una puntuación global. La interpretación del instrumento se basa en el perfil de las puntuaciones de cada una de las escalas, las cuales están compuestas en su mayoría por varios ítems agrupados en subescalas, y por tanto su puntuación es un resumen de la información de cada uno de ellos. En este sentido, los elementos del CUBRECAVI están contruidos con un formato de escala tipo Likert con 3, 4 o 5 opciones de respuesta que evalúan el grado de satisfacción o la frecuencia de los distintos aspectos estudiados. Para interpretar dichas puntuaciones, es preciso tener en cuenta que la mayor parte del cuestionario sigue un orden ascendiente en el que el valor <<1>> corresponde a los valores más altos, tal y cómo veremos a continuación. Para evitar confusiones, se han añadido anotaciones al pie de página en las primeras

interpretaciones de los datos obtenidos, que ayuden a recordar las normas de aplicación, corrección e interpretación del CUBRECAVI.

1.1. Análisis preliminar.

El análisis de resultados parte de las medias y desviaciones tipo para las variables demográficas, la Felicidad (Oxford Happiness Questionnaire, OHQ), la Satisfacción Vital (Satisfaction With Life Scale, SWLS), el nivel de Deterioro Cognitivo (Mini Mental State Examination, MMSE) y los factores de la Calidad de Vida (Cuestionario Breve de Calidad de Vida, CUBRECAVI), ver tabla 1.

Tabla 6. Medias y frecuencias para las variables demográficas, la felicidad, la satisfacción vital, el minimental y los factores de la calidad de vida.

	N/Media	%/SD
Sexo		
Hombre	49	43.8
Mujer	63	56.3
Estado civil		
Soltero/a	36	32.1
Casado/a	20	17.9
Separado/a	15	13.4
Viudo	41	36.6
Lugar de residencia		
Apartamento	57	50.9
Residencia	55	49.1
Edad		
De 65 a 70	20	17.9
De 71 a 75	28	25
De 76 a 80	26	23.2
De 81 A 85	20	17.9
86 o mas	18	16.1
Felicidad	112.33	15.59
Satisfacción vital	23.32	8.18
Minimental	26.43	2.90
Integracion social	2.35	.71
Salud	1.86	.44
Habilidades funcionales	1.84	.84
Ocio	1.94	.34
Calidad ambiental	1.11	.19
Servicios sociales	1.61	.39
Educación	3.49	2.02
Ingresos	3.37	1.37

Con relación a la Felicidad, la escala utilizada para su medición (OHQ) es un cuestionario de 29 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert de seis puntos, que va desde “totalmente en desacuerdo” (1) a “totalmente de acuerdo” (6), de manera que las posibles puntuaciones totales presentan un rango de 29 a 174. De este

modo, las puntuaciones más altas corresponden a mayores niveles de bienestar subjetivo. Así, podemos observar cómo la media obtenida por el total de la muestra es de 112.33 y una desviación tipo de 15.59, lo que indica que la mayoría ha puntuado su felicidad como media-alta.

En cuanto a la evaluación de la satisfacción vital, la muestra obtiene una media de 23.32 y una desviación tipo de 8.18. Si atendemos a los valores del instrumento, los cuales oscilan entre 1 y 5, donde 1 es “totalmente en desacuerdo”, y 5 es “totalmente de acuerdo”, la puntuación total va de 5 (baja satisfacción) a 25 (alta satisfacción). Por tanto, podemos afirmar que la mayor parte de las personas participantes en este estudio valoran su satisfacción vital cómo bastante alta. Dicho de otra manera, la mayoría de los mayores a los que hemos entrevistado, están satisfechos con su vida en un 93%.

Respecto al estado cognitivo medido a través del MMSE, encontramos que la puntuación media alcanzada es de 26.43 con una desviación tipo de 2.90, lo que nos indica que la mayoría de la muestra de la investigación son sujetos que no tienen deterioro cognitivo.

En el análisis de los factores de calidad de vida medidos a través del Cubrecavi, podemos observar diferentes tendencias. Así, la mayor parte de los sujetos de la muestra valora que está medianamente satisfecho en cuanto a su integración social, con una media de 2.35 (.71). En cuanto a la salud, la media es de 1.86 (.44), por lo que podríamos decir que las personas entrevistadas hacen una valoración alta de su estado de salud en términos objetivos y subjetivos. Es decir, consideran que tienen pocas enfermedades y están satisfechos con ello. Por otro lado, encontramos que la mayoría de los participantes presentan un nivel de autonomía bastante alto, medido a través de las habilidades funcionales donde la media obtenida es de 1.84 (.84).

Respecto al factor relacionado con el nivel de actividad y la frecuencia en la realización de actividades de ocio, observamos un nivel medio alto entre los sujetos de la muestra, con una media de 1.94 (.34). En cuanto a la calidad ambiental, la mayoría está muy satisfecho con el lugar en el que vive, obteniendo una media de 1.11 (.19).

Por otro lado, la frecuencia de uso y la satisfacción con los servicios sociales y sanitarios también es bastante alta, para la mayoría de los participantes, con media es de 1.61 (.39).

Respecto al nivel económico medido a través de los ingresos, la media es de 3.37 (1.37), lo que indica que la mayoría cuenta con entre 600 y 900 euros al mes.

Finalmente, la mayor parte de los sujetos entrevistados ha completado los estudios primarios, ya que la media obtenida en educación es de 3.49 (2.02).

2. Diferencias en las variables de calidad de vida según el contexto.

Para conocer el efecto individual y conjunto de dos o más factores o variables independientes sobre una variable dependiente realizamos un análisis de varianza que nos permite estudiar por ejemplo, si el estado de salud actual (variable dependiente) de los mayores que viven en residencia o en apartamento tutelado es diferente y además si las diferencias en integración social indican distintos estados de salud actual.

Además para poder estudiar el efecto fijo y los efectos aleatorios de los distintos factores incluidos en el análisis de varianza se utilizó el procedimiento univariante. En el análisis de varianza la hipótesis nula de un factor nos indica que las medias de los distintos niveles de esa variable son iguales y para poder contrastar esa hipótesis se sirve de los estadísticos F y de los niveles críticos (Sig.).

El estudio conjunto de los efectos de las variables independientes que definen los dos grupos estudiados (personas que viven apartamentos tutelados y en residencias) con las variables dependientes, definidas por indicadores y factores de calidad de vida, la felicidad y la satisfacción vital se detalla a continuación.

Para analizar las diferencias entre los sujetos de la muestra que viven en una residencia y los que viven en apartamentos tutelados, respecto a las variables de calidad de vida recogidas por el CUBRECAVI, realizamos análisis de varianza. Es

decir, tras el análisis anterior en el que hacíamos una descripción sobre cómo se comportan las variables en el conjunto de la muestra, vamos a abordar el objetivo general de la investigación, a cerca de las diferencias según el contexto en el que viven los mayores y en base dimensiones de calidad de vida, ver tabla 7.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos y prueba de análisis de la varianza para las variables de calidad de vida. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Dimensión	LUG. RESIDENCIA	Media (Desv.)	F	Sig
Calidad de vida	APTOS	1,81 (0.611)	0,124	0,725
	RESID	1,84 (0.601)		
Satisf. Estado	APTOS	2,02 (0.935)	2,711	0,102
Salud	RESID	2,31 (0.998)		
Sum Salud	APTOS	39,14 (10.296)	0,462	0,498
Objetiva	RESID	41,65 (9.563)		
Sum Salud	APTOS	5,56 (2.009)	0,705	0,498
Psíquica	RESID	6,16 (2.097)		
Integración	APTOS	1,12 (0.331)	3,046	0,084
Social	RESID	3,18 (0.389)		
Satisf. relación	APTOS	1,00 (.000)	2,14	0,148
convivencia	RESID	1,07 (0.262)		
Sum Frecuencia	APTOS	13,61 (3.867)	,318	0,574
de Relaciones	RESID	16,47 (3.731)		
Sum. Satisf.	APTOS	11,91 (3.532)	0,666	0,416
Relaciones	RESID	14,04 (4.069)		
Habilidades	APTOS	1,70 (0.706)	3,807*	0,054
Funcionales	RESID	2,13 (1.001)		

Si nos centramos en el análisis de la primera variable referente a la valoración general de Calidad de vida, nos encontramos con que no hay diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, si las hay en algunas de las dimensiones que la componen, como desarrollamos a continuación.

La primera variable que presenta diferencias significativas según el contexto ($F=3,807$; $p=0,054$), es la relacionada con el nivel de autonomía para la realización de actividades básicas, medida a través de las habilidades funcionales. De esta manera, vemos como las personas que viven en apartamentos tutelados presentan mayores niveles de funcionalidad¹ ($\mu=1,70$ y $DS= 0,706$), respecto a los que viven en una residencia geriátrica ($\mu=2,13$ y $DS= 1,001$).

Tabla 7 (cont.) Estadísticos descriptivos y prueba de análisis de la varianza para las variables de calidad de vida. * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

AVD	APTOS	6,42 (2.563)	13,913	0,000**
	RESID	8,20 (4.244)		
Nivel de actividad	APTOS	2,23 (0.802)	9,511	0,003**
	RESID	2,05 (0.931)		
Sum. Frec. Activ.ocio	APTOS	20,14 (3.383)	3,971	0,049*
	RESID	24,25 (4.326)		
° Satisf. Tiempo de Ocio	APTOS	1,18 (0.428)	30,357	0,000*
	RESID	1,47 (0.790)		
Calidad Ambiental	APTOS	6,43 (0.906)	11,587	0,001*
	RESID	6,98 (1.615)		
° Satisf. con Vivienda	APTOS	1,02 (0.132)	14,781	0,000*
	RESID	1,13 (0.433)		
Satisf. con la vida	APTOS	1,86 (0.743)	5,818	0,018*
	RESID	1,98 (0.972)		
Frec. Utilización S.S. y Sanitarios	APTOS	1,81 (0.515)	2,651	0,106
	RESID	1,62 (0.490)		
Satisf. S.S. y Sanitarios	APTOS	1,53 (0.570)	3,198	0,076
	RESID	1,67 (0.747)		

En consonancia con lo anterior, la siguiente tabla muestra cómo las personas que viven en apartamentos tutelados presentan menos dificultades para realizar

¹ Recordar que el nivel de habilidades funcionales oscila entre 1 para los niveles más elevados y 4 para los más inferiores. De este modo las puntuaciones medias más bajas indican una mayor dependencia funcional.

actividades de la vida diaria² ($F=13,913$; $p=0.000$), relacionadas con la higiene y cuidado, tareas domésticas, caminar y tareas fuera de casa ($\mu=6.4211$ y $DS= 2.56311$), respecto a las personas que viven en una residencia ($\mu=8.2000$ y $DS= 4.2443$).

Por otro lado, encontramos diferencias significativas según el contexto en aquellas variables relacionadas con el nivel de actividad y la forma en la que se ocupa el tiempo. Así, observamos que el nivel de actividad³ ($F=9,511$; $p=0,003$), es mayor o valorado como más alto por las personas que viven en apartamentos tutelados ($\mu=2.23$ y $DS=.802$), en comparación con los que viven en una residencia ($\mu=2.05$ y $DS=.931$). También son los que viven en apartamentos tutelados, quienes más alta valoran su frecuencia de realización de actividades de ocio⁴ ($F= 3,971$; $p=0,049$), ($\mu= 20.14$ y $DS= 3.383$), frente a los que viven en una residencia ($\mu= 24.25$ y $DS=4.326$).

Además, quienes más satisfacción muestran con la forma en la que ocupan el tiempo⁵ ($F= 30,357$; $p=0,000$), son las personas que viven en apartamentos tutelados ($\mu= 1.18$ y $DS=.428$), en comparación con las que viven en una residencia ($\mu= 1.47$ y $DS=.790$).

En cuanto a la percepción del lugar en el que viven y las condiciones del mismo, los datos arrojan evidencias sobre las diferencias según el contexto ($F=11.587$; $p=0.001$). Así, las personas que viven en apartamentos tutelados muestran mayor grado de satisfacción respecto a la calidad ambiental⁶ ($\mu= 6.43$ y $DS=0.906$), entendiendo ésta como los aspectos de la casa o residencia relacionados con el ruido,

² Recordar que el nivel de actividades de la vida diaria oscila entre 1 para los niveles más elevados y 4 para los menos elevados. De este modo las puntuaciones medias más bajas indican una menor dificultad en la realización de AVD.

³ Recordar que el nivel de actividad oscila entre 1 para los niveles más elevados y 5 para los menos elevados. De este modo las puntuaciones medias más bajas indican un mayor nivel de actividad.

⁴ Recordar que el nivel de actividad oscila entre 1 para los niveles más elevados y 3 para los menos elevados. De este modo las puntuaciones medias más bajas indican una mayor frecuencia de actividades de ocio.

⁵ Recordar que la satisfacción con la forma en la que se ocupa el tiempo oscila entre 1 para los niveles más elevados y 3 para los menos elevados. De este modo las puntuaciones medias más bajas indican una mayor satisfacción.

⁶ Recordar que calidad ambiental oscila entre 1 para los niveles más elevados y 3 para los menos elevados. De este modo las puntuaciones medias más bajas indican una mayor satisfacción con la calidad ambiental.

temperatura, iluminación, etc.; mientras que las personas que viven en una residencia, valoran peor dichas condiciones ($\mu= 6.98$ y $DS=1.61$).

Igualmente, se observan diferencias en relación a la satisfacción con la vivienda en general⁷ ($F=14.781$; $p=0.000$), estando más satisfechas las personas que viven en apartamentos tutelados ($\mu= 1.02$ y $DS=.132$), que las que viven en una residencia ($\mu= 1.13$ y $DS=.433$).

Por otro lado, encontramos diferencias según contexto en cuanto a la dimensión de Calidad de Vida relacionada con el bienestar subjetivo y medida a través de la satisfacción vital ($F=5,818$; $p=0.018$). Las personas que viven en apartamentos tutelados están más satisfechas en términos generales con la vida⁸ ($\mu= 1.86$) y $DS=.743$), que los que viven en una residencia ($\mu= 1.98$ y $DS=.972$).

Finalmente, a pesar de que los datos no presentan más diferencias significativas a nivel estadístico, nos llama la atención que el único factor con una puntuación en positivo más elevada para la muestra de personas que viven en residencias, es la variable “Frecuencia de Utilización de SS y Sanitarios”, aunque el nivel de satisfacción con dichos servicios es mayor en los apartamentos tutelados.

De ello se puede deducir, que el uso de los mismos no está relacionado con la calidad del servicio, sino que responde a otras causas que se desconocen, tal y como analizaremos más adelante en el capítulo VI de la presente investigación.

Por otro lado y recordando lo señalado en el apartado de metodología, hay 9 subescalas recogidas por el CUBRECAVI que se identifican como factores de Calidad de Vida: Salud (salud subjetiva, objetiva y psíquica), Integración social, Habilidades funcionales, Actividad y Ocio, Calidad ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos y Servicios Sociales y Sanitarios.

⁷ Recordar que la satisfacción con la vivienda oscila entre 1 para los niveles más elevados y 3 para los menos elevados. De este modo las puntuaciones medias más bajas indican una mayor satisfacción.

⁸ Recordar que la satisfacción con la vida oscila entre 1 para los niveles más elevados y 4 para los menos elevados. De este modo las puntuaciones medias más bajas indican una mayor satisfacción.

En cuanto al análisis de las mismas, podemos observar diferencias significativas según el contexto (tabla 8). Cabría señalar por otro lado, que los factores de Educación e Ingresos, no han sido añadidos en este análisis ya que para la presente investigación decidimos definirlos como variables sociodemográficas, tal y como se desarrolla en el siguiente apartado.

Así, la prueba de muestras independientes, indica que vivir en un apartamento tutelado, puede relacionarse con una mejora significativa en tres dimensiones de calidad de vida: las Habilidades Funcionales ($F=13.91$ y $p=0.000$), el entorno físico medido a través de la Calidad Ambiental ($F=16.09$ y $p=0.000$) y el Nivel de Actividad y Ocio practicado ($F=3.971$ y $p=0.049$).

De esta manera, vivir en una residencia geriátrica parece estar asociado con un menor nivel de actividades de ocio ($\mu= 2,20$ y $DS= 0.393$), respecto a vivir en un apartamento tutelado ($\mu= 1,83$ y $DS= 0.307$). Igualmente, el nivel de capacidad funcional, disminuye entre las personas que viven en una residencia geriátrica ($\mu= 2,050$ y $DS=1.061$), siendo más elevado entre aquellas que viven en apartamentos tutelados ($\mu= 1,605$ y $DS= 0.640$).

Finalmente, la Calidad Ambiental, es más valorada por las personas que viven en un apartamento tutelado ($\mu= 1,242$ y $DS= 0.154$), en comparación con quienes lo hacen en una residencia geriátrica ($\mu= 1,351$ y $DS= 0.275$).

Es decir, donde más diferencias encontramos entre recursos es en estos tres componentes de calidad de vida, los cuales están bastante relacionados con los que ellos mismos han seleccionado como los más importantes para la calidad de vida, tal y como veremos en el siguiente apartado de análisis de resultados: ya que tanto el estado de salud, como el mantenimiento de redes de apoyo social y familiar, están muy relacionados entre otros factores, con las habilidades funcionales y con el nivel de actividad y ocio practicado.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos y prueba de análisis de la varianza para los factores de calidad de vida.

*p=<0,05; ** p=<0,01.

Factores	LUG. RESIDENCIA	Media y Dev. Típica	F	Sig
Salud Total	APTOS	1,88 (0.55)	0,01	0,971
	RESID	2,08 (0.51)		
Integración Social	APTOS	2,35 (0.61)	0,07	0,931
	RESID	2,81 (0.65)		
Habilidades Funcionales	APTOS	1,60 (0.64)	13,91**	0,000
	RESID	2,20 (1.06)		
Actividad y Ocio	APTOS	1,83 (0.30)	3,971*	0,049
	RESID	2,20 (0.39)		
Calidad Ambiental	APTOS	1,24 (0.15)	16,09**	0,000
	RESID	1,35 (0.27)		
Satisfacción con la vida	APTOS	1.86 (0.74)	5.818**	0.018
	RESID	1.98 (0.97)		
SS y Sanitarios	APTOS	1.66 (0.42)	0.229	0.634
	RESID	1.64 (0.47)		

2.1. Componentes que definen la calidad de vida

Tal y como señalábamos en el apartado de metodología, el CUBRECAVI está compuesto por 21 ítems de los cuales los dos últimos (20 y 21), no se agrupan en ninguna de las nueve escalas identificadas como factores por el instrumento. El motivo es que dichos ítems, se han configurado como elementos adicionales que permiten : a) examinar las preferencias del propio sujeto con respecto a los componentes que valora de la calidad de vida y b) obtener una valoración global subjetiva de la CV realizada por el propio sujeto.

Así, de forma añadida al análisis de factores, el cuestionario solicita a los sujetos que valoren cuál de éstos es más relevante para ellos a la hora de apreciar su Calidad de Vida. Esta dimensión subjetiva del CUBRECAVI es la que analizaremos en el presente apartado.

Tabla 9. Importancia de los componentes de CV.

Factor CV	LUGAR DE RESIDENCIA					
	Primera Elección (%)			Segunda Elección (%)		
	Residencia	Apto.	Total	Residencia	Apto.	Total
Salud	71,17%	74,54%	72,3%	10.5%	5.45%	8,0%
Relaciones Sociales y familiares	10.5%	9.09%	9,8%	36.8%	27.2%	32,1%
Autonomía	15.7%	14.5%	15.17%	36.8%	41.8%	39.2%
Vivienda	1.75%	0%	0.89%	1.75%	5.45%	3.57%
Satisfacción vital	1.75%	1.81%	1.78%	3.5%	1.81%	2.67%
Mantenerse activo	0%	0%	0%	3.5%	5.45%	4.46%
Buena posición o renta	0%	0%	0%	3.5%	7.27%	5.35%
Buenos SS y Sanitarios	0%	0%	0%	3.5%	3.63%	3.57%
Oportunidad de aprender	0%	0%	0%	0%	1.81%	0.89%

En la tabla 9, se puede observar que la mayor parte de los sujetos de la muestra puntúa los siguientes factores, como los más representativos de la Calidad de Vida, según orden de importancia: en primer lugar tener un buen estado de salud (72.3%), seguido de poder valerse por si mismo (15.17%) y mantener unas buenas relaciones familiares y sociales (9.8%).

Por otro lado aunque en menor medida, sentirse satisfecho con la vida (1.78%) también parece ser un aspecto importante para las personas mayores. Finalmente, el 1.75% de las personas que viven en un apartamento tutelado, valoran el principal requisito para lograr tener Calidad de Vida, el poder contar con una vivienda buena y cómoda. Éste aspecto no fue escogido sin embargo, por ninguno de los participantes que viven en una residencia.

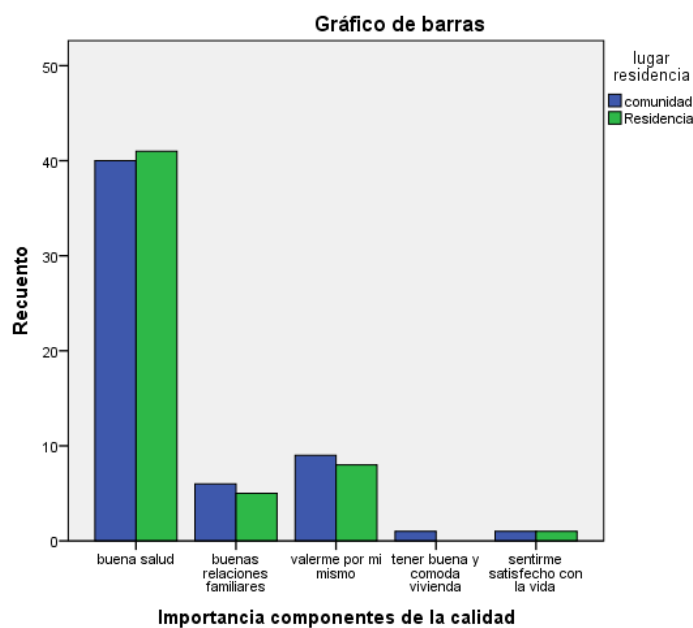
En cuanto al resto de factores (mantenerse activo, tener oportunidades de aprender cosas nuevas, contar con una buena posición o renta y buenos Servicios

Sociales y Sanitarios), resulta llamativo el hecho de que ningún sujeto valoró alguno de ellos como aspecto prioritario para la Calidad de Vida.

Por otro lado, en la misma tabla podemos observar cómo en la elección del segundo componente más importante para la Calidad de Vida, la mayoría de los participantes de la muestra eligió la variable relacionada con la autonomía “poder valerme por mi mismo” (39.3%), seguida por el factor de integración social medido mediante la afirmación “mantener buenas relaciones familiares y sociales” (32.1%). Finalmente, también recurrida pero menos elegida en este caso como segunda opción, vuelve a aparecer escogida la variable “tener buena salud” (8%).

Teniendo en cuenta los porcentajes de elección de la variables elegidas como primera opción, la Figura 3. muestra un recuento que nos sirve para visualizar las tendencias, diferenciando según el contexto.

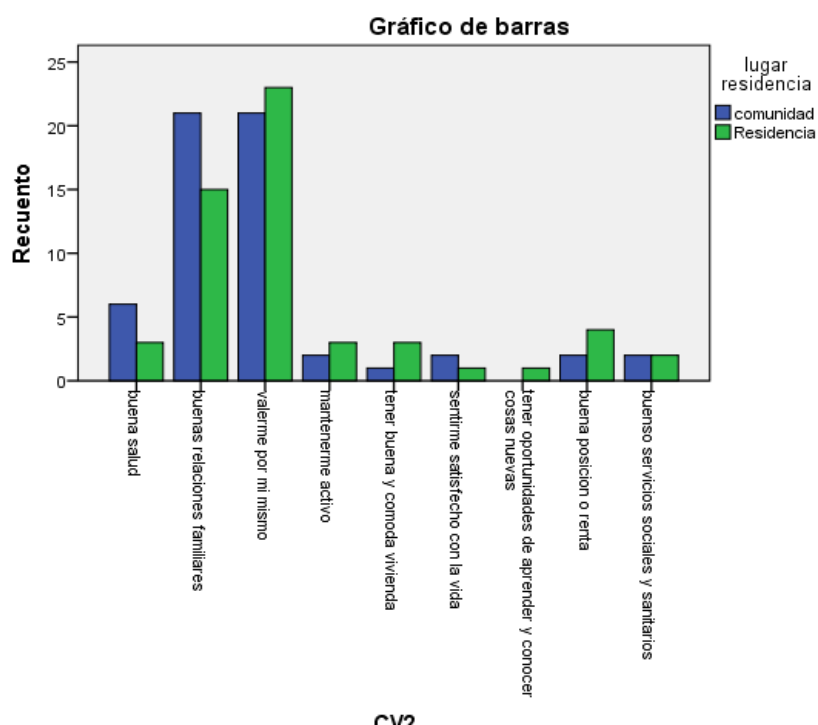
Figura 3. Gráfico de barras de los componentes de Calidad de Vida elegidos en primer lugar según orden de importancia.



Así, podemos ver cómo el mantenimiento de un óptimo estado de salud está ligeramente más valorado por las personas que viven en una residencia, mientras que la autonomía y las relaciones sociales y familiares, han sido escogidas como relevantes en mayor número de veces, por las personas que viven en los apartamentos tutelados.

En la Figura 4, correspondiente a la segunda opción más elegida por los participantes, se muestran las variaciones entre diferentes respuestas según el contexto y ampliado a todas las variables recogidas por el instrumento. De esta manera, para las personas que viven en un apartamento tutelado, es más valioso mantener unas buenas relaciones sociales y familiares que para los que viven en una residencia. Igualmente lo es, contar con niveles óptimos de salud y mantenerse autónomo.

Figura 4. Gráfico de barras de los componentes de Calidad de Vida elegidos en segundo lugar según orden de importancia.



Para los que viven en una residencia, el segundo aspecto más valorado para lograr alcanzar una Calidad de Vida, es poder valerme por si mismo con diferencia del

resto de factores propuestos, seguido por la variable social y de salud. Finalmente, encontramos que “tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas”, aparece como la opción menos escogida por los participantes, especialmente en los apartamentos tutelados, donde nadie eligió esta opción en primer ni segundo lugar.

3. Correlaciones entre los componentes de calidad de vida, la satisfacción vital, la felicidad y el estado cognitivo.

Para conocer la interacción entre los componentes de la calidad de vida, realizamos un análisis de correlaciones, que nos permitirá observar la intensidad de las relaciones entre variables. Se analizan la calidad de vida, la felicidad, la satisfacción vital y la puntuación obtenida en el Mini-Mental State Examination (MMSE) en primer lugar, seguido por las correlaciones entre indicadores de calidad de vida medidos con el Cubrecavi que son: salud, integración social, actividades de la vida diaria, satisfacción vital, actividades de ocio, edad y educación, ver Tabla 10.

Tabla 10. Análisis de correlaciones para las variables de Calidad de Vida.

Componentes	Estad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Cv	Corr (p)	1												
Felicidad	Corr (p)	.300	1											
MMSE	Corr (g)Sig	.018	-.038	1										
S.Vital (SWLS)	Corr (g)Sig	.851	.689		1									
Salud Total	Corr (g)Sig	-.492	.391	.006		1								
Integración social	Corr (g)Sig	.000	.000	.952	-.303		1							
Habilidades Funcionales	Corr (g)Sig	.378	-.224	-.188	.017	.047		1						
Calidad ambiental	Corr (g)Sig	.211	.199	-.160	-.181	.206	.029		1					
Satisfacción vital	Corr (g)Sig	.026	.035	.092	.056	.001	.055	.182		1				
Actividades ocio	Corr (g)Sig	.249	-.035	-.255	-.287	.303	.159	.043	.069		1			
Edad	Corr (g)Sig	.008	.718	.007	.002	.001	.095	.653	.224	.018	.471		1	
Educación	Corr (g)Sig	.039	-.046	.004	-.144	.050	.159	.043	.224	.018	.471	.202		1
Ingresos	Corr (g)Sig	.686	.626	.129	.129	.598	.095	.653	.224	.018	.471	.202	.348	
	Corr (g)Sig	.267	-.144	.066	-.374	.277	.214	.224	.069	1				
	Corr (g)Sig	.004	.130	.486	.000	.003	.023	.018	.471		1			
	Corr (g)Sig	.188	-.192	-.458	-.281	.255	.445	.513	.087	.202		1		
	Corr (g)Sig	.047	.043	.000	.003	.007	.000	.000	.360	.033			1	
	Corr (g)Sig	-.199	.087	-.267	.165	.129	.135	.089	-.012	.032	.348			1
	Corr (g)Sig	.036	.359	.004	.082	.174	.157	.350	.901	.737	.000			
	Corr (g)Sig	.070	-.166	.322	-.247	-.132	-.081	-.093	-.002	.072	-.132	-.115		1
	Corr (g)Sig	.463	.081	.001	.009	.167	.393	.331	.981	.450	.166	.229		
	Corr (g)Sig	.025	-.039	.014	.107	-.111	.124	-.124	.140	.048	.084	.010	.009	1
	Corr (g)Sig	.792	.680	.882	.261	.245	.194	.192	.142	.616	.376	.913	.925	

Si nos fijamos en los niveles de significatividad de cada variable estudiada, encontramos variables que correlacionan significativamente entre sí y variables, que apenas se relacionan con el resto de dimensiones de Calidad de Vida.

Es el caso de las variables relacionadas con aspectos sociodemográficos, los cuales presentan muy poca interacción con otros factores. Por ejemplo, si nos fijamos en la educación, encontramos que el haber alcanzado más nivel de estudios se relaciona únicamente de manera favorable con un estado cognitivo óptimo ($r=.322$ y $p=.001$) y con la percepción de satisfacción vital⁹ ($r= -.247$ y $p=.009$).

En cuanto a la edad, ocurre algo parecido, ya que ésta sólo mantiene relación significativa en positivo con las Actividades de Ocio ($r=.348$ y $p=.000$) y en cambio observamos, que la Calidad de Vida disminuye conforme la edad aumenta ($r=-.199$ y $p<.036$). Así mismo, existe una correlación negativa entre la edad y la puntuación total del Mini-Mental State Examination (MMSE) ($r=-.267$ y $p<.004$) lo que indica que a más edad, menos puntuación en el Mini-mental y por lo tanto, más posibilidad de deterioro cognitivo, (tabla 10).

Por otro lado, ha llamado poderosamente nuestra atención el hecho de que ni el nivel de ingresos, ni la calidad ambiental, presentan relación alguna con el resto de factores de Calidad de Vida.

En cambio, si observamos el análisis de las variables relacionadas con la percepción subjetiva del estado personal, encontramos que éstas muestran correlaciones frecuentes con la Salud, las Habilidades Funcionales, la Integración Social, las Actividades de Ocio y la Calidad de Vida en general.

Así, el nivel de felicidad reportado correlaciona negativamente con tener un buen estado de salud¹⁰ ($r= -.224$ y $p=.017$) y participar en actividades de ocio¹¹ ($r= -.192$ y $p=.043$), aunque los valores bajos en las dimensiones de salud y ocio, son en realidad

⁹ Recordar que el orden de respuesta está invertido en el CUBRECAVI, por lo que hay que invertir su dirección positiva o negativa.

¹⁰ Recordar que el orden de respuesta está invertido en el CUBRECAVI, por lo que hay que invertir su dirección, positiva o negativa.

¹¹ Recordar que el orden de respuesta está invertido en el CUBRECAVI, por lo que hay que invertir su dirección, positiva o negativa.

indicadores de niveles óptimos en ambas variables, por lo que podríamos hablar de que a más felicidad, mejor estado de salud y mayor participación en actividades de ocio.

De la misma manera, contar con redes de apoyo social y familiar, medido a través de la Integración Social ($r = .199$ y $p = .035$), se relaciona con niveles altos de felicidad. Además, parece que la Felicidad y la Calidad de Vida¹² en general ($r = -.300$ y $p = .001$), están significativamente relacionadas entre sí y aunque de nuevo aparece en un sentido negativo, una baja puntuación en la Calidad de Vida medida por el CUBRECAVI, es en realidad indicador de niveles altos en la misma. Es decir, tener una percepción de Felicidad se relacionan con una óptima Calidad de Vida, un buen estado Salud, una elevada Integración Social y la frecuente y satisfactoria participación en Actividades de Ocio.

Por otro lado, si nos fijamos en la correlación obtenida entre la Satisfacción Vital y otros factores de Calidad de Vida, habría que diferenciar entre las dos formas en que ésta variable ha sido medida. Por un lado, se evaluó el nivel de satisfacción con la vida a través del cuestionario SWLS y por otro, se recogió esta misma información a través de una de las subescalas del CUBRECAVI. Así, encontramos lo que podría definirse como una doble correlación, en los casos en los que la Satisfacción Vital aparece relacionada con otras variables de Calidad de Vida, a través de ambos sistemas de medición.

Es el ejemplo de la correlación entre el las Habilidades Funcionales¹³ y la Satisfacción Vital evaluada por el SWLS ($r = -.287$ y $p < .002$), y la Satisfacción Vital como factor del CUBRECAVI ($r = .224$ $p < .018$). Esto mismo ocurre con la variable Actividades de Ocio¹⁴ y su relación con la Satisfacción Vital según el SWLS ($r = -.281$ y $p < .003$) y según el CUBRECAVI ($r = .202$ y $p < .003$).

¹² Recordar que el orden de respuesta está invertido en el CUBRECAVI, por lo que hay que invertir su dirección, positiva o negativa.

¹³ Recordar que el orden de respuesta está invertido en el CUBRECAVI, por lo que hay que invertir su dirección, positiva o negativa.

¹⁴ Recordar que el orden de respuesta está invertido en el CUBRECAVI, por lo que hay que invertir su dirección, positiva o negativa.

De la misma manera, la Salud¹⁵ presenta una doble correlación con la Satisfacción Vital medida a través del SWLS ($r = -.303$ y $p < .001$) y mediante el CUBRECAVI ($r = .227$ y $p = .003$). Si recordamos que el sentido negativo es en realidad indicador de niveles positivos, ya que en el CUBRECAVI las puntuaciones bajas se corresponden con valores altos, podemos resumir lo anterior diciendo que cuanto mayor es la Satisfacción Vital, más altas son las puntuaciones en: Habilidades Funcionales, Actividades de Ocio y Salud.

Finalmente, la Satisfacción Vital medida a través del CUBRECAVI, correlaciona positivamente con la Integración social ($r = .214$ y $p < .023$). Por tanto, los datos indican que existe una fuerte relación entre la satisfacción con la vida, la salud, el nivel de autonomía, el tamaño de la red de apoyo social y familiar y la cantidad de actividades de ocio realizadas, variables que como veremos a continuación, están a su vez relacionadas entre si de forma significativa.

En base a lo anterior, cabría destacar las fuertes correlaciones encontradas entre las variables asociadas con el nivel de actividad, la salud y las relaciones sociales. Resulta especialmente llamativo el caso de las Actividades de Ocio (frecuencia y satisfacción con las mismas) y su correlación positiva con todas las variables de Calidad de Vida a excepción de: la Edad, la Calidad Ambiental, la Educación y los Ingresos.

Por otro lado, las Actividades de Ocio correlacionan de forma negativa con la puntuación obtenida en el MMSE ($r = -.458$ y $p < .000$), lo que indica que la escasa participación en dichas actividades, se relaciona con una peor puntuación en el MMSE y por lo tanto, más probabilidad de padecer deterioro cognitivo.

Más concretamente, llaman nuestra atención las correlaciones observadas entre la satisfacción y frecuencia de realización de Actividades de Ocio y contar con un buen Estado de Salud ($r = -.458$ y $p = .007$), sin presencia de deterioro cognitivo ($r = -.458$ y $p < .007$), con un nivel de autonomía óptimo medido a través de las Habilidades Funcionales ($r = .303$ y $p = .001$), así como la ya mencionada correlación con la condición de alcanzar edades más avanzadas ($r = .348$ y $p = .000$).

¹⁵ Recordar que el orden de respuesta está invertido en el CUBRECAVI, por lo que hay que invertir su dirección, positiva o negativa.

Además, tal y como señalábamos en párrafos anteriores, la cantidad de relaciones sociales y familiares, así como la satisfacción con las mismas, está significativamente relacionada con mantener un buen estado de salud ($r=.206$ y $p<.029$), un alto bienestar subjetivo medido a través de la Felicidad ($r=.199$ y $p<.035$) y la Satisfacción Vital ($r=.214$ y $p<.023$), así como una mayor participación y satisfacción con las Actividades de Ocio realizadas ($r=.445$ y $p<.000$).

Para terminar, resulta interesante observar el análisis de correlaciones entre la variable Calidad de Vida y los factores que la componen. Así, descubrimos relaciones significativas con todos los componentes, incluyendo la Felicidad ($r=-.300$ y $p<.001$) y la Satisfacción Vital ($r=-.492$ y $p<.000$), a excepción de las variables: Calidad Ambiental, Estado Cognitivo (MMSE), Educación e Ingresos.

4. Otras variables relacionadas con la calidad de vida, la felicidad, la satisfacción vital y el estado cognitivo.

Según el análisis de varianza univariante que presentamos en el apartado 2 de este capítulo, el lugar de residencia influye significativamente en numerosas variables y factores de la Calidad de Vida, medida a través del CUBRECAVI. Sin embargo, algunas de dichas relaciones, están además influidas por otras variables de carácter biopsicológico y sociodemográfico, como pueden ser el Sexo, la Edad, el Estado Cognitivo, el Nivel Educativo y el Nivel de Ingresos. El análisis de estas interacciones es el objeto del presente apartado.

Tabla 11. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia y Sexo. Tabla de significaciones.

VD	F (L.Res)	P	F (Sexo)	P	F (Interac)	P
Frecuencia relaciones	13.852	0.000**	1.414	0.237	1.485	0.226
Satisfacción relaciones	7.603	0.007**	0.092	0.762	1.207	0.274

AVD	6.573	0.012*	0.185	0.668	1.018	0.315
Frecuencia	28.247	0.000**	1.023	0.314	5.194	0.025*
Actividades de Ocio						
Satisfacción	5.205	0.024*	0.650	0.422	0.963	0.329
Actividades de Ocio						
Frec.	2.848	0.094	4.758	0.031*	1.823	0.180
utilización SS y Sanitarios						
Integración	13.045	0.000**	0.746	0.390	1.641	0.203
Social						
Habilidades	5.664	0.019*	0.609	0.437	6.376	0.013*
Funcionales						
Calidad	6.678	0.011*	1.419	0.236	0.229	0.633
Ambiental						

Tal y como mencionábamos anteriormente, la Tabla 11 refleja las diferencias según el contexto para las variables de Calidad de Vida, pero además aporta diferencias significativas respecto al sexo y su interacción con el Lugar de Residencia. De esta manera, podemos observar cómo el sexo, marca diferencias respecto a la Frecuencia en la realización de Actividades de Ocio, de tal manera que las mujeres tienden a realizar más ocio ($\mu = 20,14$ y $DS = 3.383$), que los hombres ($\mu = 24.25$ y $DS = 4.326$).

Sin embargo esta afirmación debe matizarse, pues si atendemos a la interacción entre variables ($F = 5.194$ y $p < 0.025$), son las mujeres que viven en un apartamento tutelado quienes más alto puntúan respecto al ocio ($\mu = 19,18$ y $DS = 3.252$), en comparación con las mujeres que viven en una residencia ($\mu = 21,57$ y $DS = 3.116$). De hecho, parece que las diferencias según el sexo son mucho más llamativas en los apartamentos tutelados, donde los hombres realizan incluso menos ocio ($\mu = 24,69$ y $DS = 4,201$), que aquellos que viven en una residencia ($\mu = 23,77$ y $DS = 4,493$).

Por otro lado, parece que el sexo también marca diferencias significativas respecto a la Frecuencia de utilización de SS y Sanitarios ($F=4.758$ y $p<0.031$), de forma que son los hombres quienes con más asiduidad acuden a dichos recursos ($\mu=1.59$ y $DS=0.537$), en comparación con las mujeres ($\mu= 1.81$ y $DS= 0.470$).

Finalmente, si nos fijamos en los factores de Calidad de Vida y más concretamente en las Habilidades Funcionales (Autonomía Funcional y AVD), encontramos que el sexo también parece influir, siendo los hombres quienes mejor puntúan en dicha dimensión ($\mu=1.86$ y $DS=0.791$), frente al total de las mujeres, indiferentemente del contexto en el que viven ($\mu=1.95$ y $DS=0.958$). Sin embargo, resulta significativa la interacción entre el sexo y el lugar de residencia ($F=6.376$ y $p=0.013$), según la cual las mujeres que viven en una residencia, obtienen una puntuación muy inferior al resto de participantes de ambos contextos ($\mu=2.38$ y $DS=1.015$).

Igualmente, es muy llamativo el dato según el cual son las mujeres de los apartamentos quienes mayores niveles alcanzan en cuanto a Habilidades Funcionales ($\mu=1.59$ y $DS=0.743$), respecto al resto de la muestra. En el contexto residencial por otro lado, los hombres puntúan ligeramente más altas sus habilidades funcionales ($\mu=1.85$ y $DS=0.925$) que en los apartamentos tutelados ($\mu=1.87$ y $DS=0.626$).

De dicha interacción, podríamos extraer la hipótesis de que la percepción respecto a habilidades funcionales, llamativamente inferior para las mujeres que viven en una residencia, puede responder a una drástica disminución en cuanto a AVD, como efecto de la institucionalización. Así, el rol que tradicionalmente han ocupado las mujeres en nuestra sociedad, de cuidadoras a todos los niveles, donde las actividades cotidianas de la vida están automatizadas incluso en el envejecimiento, puede verse muy modificado al vivir en una institución (Rojas et al., 2006). Afectando de esta manera, a la percepción de autonomía y disminución de capacidad funcional en mayor medida que en los hombres.

Tabla 12. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia y Edad. Tabla de significaciones.

VD	F (L.Res)	P	F (Edad)	P	F (Interac)	P
Frecuencia relaciones	9.166	0.003**	3.969	0.022*	1.193	0.307
Satisfacción relaciones	7.603	0.007**	0.092	0.762	1.207	0.274
AVD	4.980	0.028*	0.991	0.375	0.320	0.727
Nivel de Actividad	1.119	0.293	3.980	0.022*	0.997	0.372
Frecuencia Actividades de Ocio	25.091	0.000**	5.724	0.004**	0.377	0.687
Satisfacción Actividades de Ocio	9.824	0.002**	0.932	0.397	4.016	0.021*
Calidad de Vida	0.854	0.358	3.277	0.042*	0.345	0.709

De nuevo, en la Tabla 12 podemos encontrar diferencias significativas respecto al contexto referente a la frecuencia en las relaciones, pero además, la edad también parece ser un factor determinante en dicha dimensión ($F=3.969$ y $p<0.022$). En este sentido, son los más jóvenes (de forma progresiva), quienes valoran tener una mayor frecuencia de relaciones: de 65 a 74 ($\mu=14.26$ y $DS=3.832$); de 75 a 84 ($\mu=14.66$ y $DS=4.098$) y de 85 o más años ($\mu=17.13$ y $DS=3.757$). Es decir, la red social experimenta una reducción significativa de redes de apoyo conforme la edad avanza, lo cual puede verse explicado entre otros factores, por la muerte de familiares y amigos (Salzinger, 1993).

La edad también marca la diferencia en otras variables de la Calidad de Vida, como es el Nivel de Actividad ($F=3.980$ y $p<0.022$), el cual según el CUBRECAVI se explora mediante la pregunta “¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?”. Las alternativas de respuesta en esta variable sin embargo, siguen un orden ascendiente donde 1 corresponde al valor más bajo “completamente

inactivo” y 5 al más elevado “entrenamiento físico varias veces a la semana”. Por esa razón, la interpretación de los valores para dicha escala no ha de invertirse como en el resto. Así, observamos como el mayor nivel de actividad se sitúa en la franja de edad de 75 a 84 ($\mu=2.30$ y $DS=0.907$), seguido por los más jóvenes ($\mu=2.24$ y $DS=0.821$). De nuevo, cumplir años se relaciona negativamente con la variable estudiada, ya que cuánta más edad se tiene (85 o más), menor es el nivel de actividad reportado ($\mu=1.65$ y $DS=0.714$).

Igualmente ocurre con la Frecuencia en la realización de Actividades de Ocio, donde la edad influye de manera significativa ($F=5.74$ y $p<0.004$). Así, las personas que tienen entre 65 y 74 años, son con los que más frecuencia practican actividades de ocio ($\mu=20.45$ y $DS=3.514$), seguidos por los de 75 a 84 ($\mu=22.49$ y $DS=4.777$) y finalmente, los mayores de 85 ($\mu=24.61$ y $DS=3.714$).

En cuanto a la Satisfacción con las Actividades de Ocio, resulta muy llamativa la interacción entre la edad y el lugar de residencia ($F=4.016$ y $p<0.021$). Así, las puntuaciones más extremas para la valoración de satisfacción con dichas actividades, se encuentra justamente entre el grupo de edad, que con menos frecuencia las practica. De tal manera que las personas de 85 o más años que viven en un apartamento tutelado son quienes más satisfechos se encuentran con las actividades de ocio practicadas ($\mu=1.00$ y $DS=0.000$), mientras que los mayores que se encuentran en la misma franja de edad pero viven en una residencia, son quienes menos satisfacción presentan con la forma en la que ocupan su tiempo de ocio ($\mu=1.93$ y $DS=0.917$), en comparación al resto de la muestra para ambos casos.

Finalmente, encontramos que la edad establece diferencias respecto a la valoración global subjetiva de la Calidad de Vida realizada por los propios sujetos ($F=3.277$ y $p<0.042$), de forma que son los de más edad, es decir, aquellos que se encuentran en la franja de 85 o más años, quienes mejor valoran la calidad de su vida ($\mu=1.61$ y $DS=0.583$), respecto al resto de la muestra. Curiosamente, son los más jóvenes de 65 a 74 años los que menos puntuación han obtenido en esta escala y por tanto, quienes peor valoran la calidad de su vida ($\mu=1.98$ y $DS=0.604$).

Estos resultados, están en consonancia con los hallazgos de Laura Carstensen y su equipo (2011) según los cuales el bienestar emocional mejora durante la edad

adulta, hasta la vejez, gracias a la puesta en marcha de mecanismos de auto-regulación. De esta manera, la teoría de selectividad socio-emocional (Carstensen, 1992), sostiene que las personas otorgan un valor mayor a las metas emocionalmente significativas a medida que envejecen, invirtiendo así más recursos cognitivos y sociales para lograrlas. Este cambio en la motivación hacia metas emocionales promueve la regulación emocional.

Tabla 13. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia y Deterioro Cognitivo (MMSE). Tabla de significaciones.

VD	F (L.Res)	P	F (MMSE)	P	F (Interac)	P
Sat. Estado de Salud	3.788	0.054*	2.061	0.132	4.335	0.016*
Frecuencia relaciones	13.017	0.000**	0.721	0.489	2.528	0.085
AVD	4.665	0.033*	2.201	0.116	4.957	0.009**
Frecuencia Actividades de Ocio	21.074	0.000**	10.484	0.000**	1.127	0.328
Calidad Ambiental	10.351	0.002**	1.151	0.320	4.367	0.015*
Frec. utilización SS y Sanitarios	5.999	0.016*	1.858	0.161	0.349	0.706
Salud Total	5.003	0.027*	2.556	0.082	6.827	0.002**
Habilidades Funcionales	1.682	0.041*	1.682	0.191	3.375	0.038*

De nuevo, la Tabla 13 arroja diferencias significativas según el contexto para las variables de Calidad de Vida, pero además aporta diferencias respecto al estado cognitivo, medido a través del Mini-Mental State Examination (MMSE) y su interacción con el Lugar de Residencia. De esta manera, la Satisfacción con el Estado de Salud ($F=4.335$ y $p<0.016$), es especialmente alta para aquellos que obtuvieron también una alta puntuación en el examen cognitivo ($\mu=1.91$ y $DS=0.641$), y en general, para los que viven en apartamentos tutelados ($\mu=2.02$ y $DS=0.935$), en comparación al resto de la

muestra ($\mu=2.31$ y $DS=0.998$), salvo una excepción: las personas que viven en apartamentos tutelados y con más probabilidades de padecer deterioro cognitivo, son quienes más satisfechas están con su estado de salud actual ($\mu=1.50$ y $DS=0.522$). Paralelamente, los sujetos cuya puntuación en el MMSE fue la más alta y también viven en un apartamento tutelado, presentan altos niveles de satisfacción con su salud ($\mu=1.76$ y $DS=0.700$).

Por otro lado, el Estado Cognitivo también parece determinar diferencias según el Lugar de Residencia, respecto a las Actividades de la Vida Diaria (AVD) ($F=4.957$ y $p<4.957$), de tal manera que el nivel de consecución de dichas actividades, mejora especialmente para las personas que viven en un apartamento tutelado y que obtuvieron menores puntuaciones en el MMSE ($\mu=5.83$ y $DS=2.167$). Por el contrario, aquellas personas que viven en una residencia y cuya puntuación en el examen cognitivo también fue inferior, son quienes menor nivel de AVD presentan, con gran diferencia del resto de participantes ($\mu=10.20$ y $DS=4.393$).

De la misma manera, el Estado Cognitivo interfiere en la Frecuencia de Actividades de Ocio ($F=10.484$ y $p<0.000$). De dicho resultado, podemos extraer la afirmación de que las personas con mejor estado cognitivo, son las personas con mayor probabilidad de padecer deterioro cognitivo, quienes menos ocio practican ($\mu=24.94$ y $DS=4.084$), mientras que las personas con puntuaciones elevadas en el MMSE, practican ocio muy frecuentemente ($\mu=19.72$ y $DS=3.245$).

En cuanto a la Calidad Ambiental, podemos observar una interacción significativa entre Lugar de Residencia y el MMSE ($F=5.535$ y $p<0.005$), lo que nos indica que quienes peor valoran la calidad ambiental del lugar donde viven, son aquellas personas con mejor estado cognitivo y que viven en una residencia ($\mu=8.09$ y $DS=2.50$). Por contra, quienes mejor valoran la calidad ambiental, son las personas que viven en un apartamento tutelado y con un óptimo estado cognitivo ($\mu=6.19$ y $DS=0.601$).

Finalmente, hay tres factores de Calidad de Vida que presentan influencias según el estado cognitivo y su interacción con el contexto: la salud total (subjetiva, objetiva y psíquica) ($F=6.827$ y $p<0.002$); las habilidades funcionales (Capacidad

Funcional y AVD) ($F=3.375$ y $p<0.038$) y Actividad y Ocio (Nivel de Actividad, Frecuencia y Satisfacción) ($F=10.484$ y $p<0.002$).

Si profundizamos en las afirmaciones anteriores, vemos cómo el Estado Cognitivo, interfiere directamente en la percepción que tienen de su salud las personas que viven en una residencia, cuya valoración es muy inferior al resto ($\mu=2.25$ y $DS=0.576$). Igualmente podemos observar los frutos de la interacción entre el estado cognitivo y el lugar de residencia, respecto al óptimo estado de salud total que presentan las personas que viven en un apartamento tutelado ($\mu=1.60$ y $DS=0.436$).

Por último, llama nuestra atención que son las personas que viven en un apartamento tutelado y con menores puntuaciones en el MMSE, quienes mejor valoran su nivel en cuanto a Habilidades Funcionales ($\mu=1.58$ y $DS=0.669$), seguidos por las personas que viven en una residencia y presentan mejor estado cognitivo ($\mu=1.64$ y $DS=0.6010.505$). Por el contrario, quienes más bajo valoran su nivel de habilidades funcionales son también, los que menos puntuación obtuvieron en el MMSE y viven en una residencia ($\mu=2.54$ y $DS=1.141$). Es decir, la presencia de un estado cognitivo tendiente al deterioro, parece determinar la capacidad funcional y las AVD, dependiendo del contexto donde viva la persona: en la residencia disminuyen dichas habilidades, mientras que en los apartamentos se valoran más elevados.

Tabla 14. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia y Nivel Educativo (NEd). Tabla de significaciones.

VD	F (L.Res)	P	F (Ned)	P	F (Interac)	P
Sat. Estado de Salud	3.951	0.049*	1.887	0.157	0.336	0.715
Frecuencia relaciones	14.21	0.000**	0.729	0.485	0.602	0.550
Frec. utilización SS y Sanitarios	3.778	0.055*	4.663	0.011*	0.585	0.559
Salud Total	4.735	0.032*	0.262	0.770	0.375	0.688

En la Tabla 14, podemos observar cómo el Nivel Educativo (Ned), marca diferencias en cuanto a la Frecuencia en la utilización de SS y Sanitarios ($F=4.663$ y

$p=0.011$), de tal manera que las personas con menor nivel educativo adquirido, son los usuarios más frecuentes de los SS y Sanitarios ($\mu=1.58$ y $DS=0.543$), seguidos por las personas que alcanzaron estudios superiores ($\mu=1.65$ y $DS=0.485$). En último lugar, parece que aquellos que completaron niveles medios (terminaron estudios primarios), son quienes con menos frecuencia acuden a dichos recursos ($\mu=1.90$ y $DS=0.436$).

Tabla 15. Variables y Factores de Calidad de Vida en función del Lugar de Residencia e Ingresos. Tabla de significaciones.

VD	F (L.Res)	P	F (Ingresos)	P	F (Interac)	P
Frecuencia en las relaciones	11.436	0.001**	1.801	0.182	4.694	0.032*

Para terminar, en la Tabla 15 queda reflejada la influencia que el nivel económico medido a través de los Ingresos tiene sobre la Frecuencia en las Relaciones, según el Lugar de Residencia ($F=4.694$ y $p=0.032$), de forma que se relacionan mucho más frecuentemente con familiares y amigos, las personas cuyos ingresos mensuales son inferiores a 600€ y viven en un apartamento tutelado ($\mu= 12.76$ y $DS=3.620$). Por el contrario, las personas con niveles más bajos de socialización viven en una residencia y se encuentran dentro del mismo rango a nivel económico (menos de 600€ al mes) ($\mu=1.90$ y $DS=16.80$ y $DS=4.093$).

Es decir, parece que los ingresos mensuales influyen en la frecuencia con la que se relacionan los sujetos de la muestra a nivel social y familiar, aunque de diferente manera según el lugar en el que viven. De esta manera, tener pocos ingresos no es un impedimento para la socialización en un apartamento tutelado, mientras que si que influye negativamente para los que viven en una residencia.

En conclusión, podemos decir de manera general que la Calidad de Vida se ve determinada en numerosas variables y factores por el Lugar de Residencia. Además, tal y como hemos visto en apartados anteriores, existen correlaciones entre dichas variables, que ayudan a explicar qué condiciones favorecen la calidad de vida y aquellos componentes a los que las propias personas mayores dan más importancia. Finalmente, con el análisis univariante hemos encontrado que además del lugar de residencia, existen otras variables de carácter biopsicológico y sociodemográfico, cuya

presencia e interacción con el contexto, también influyen significativamente en la percepción de Calidad de Vida de los sujetos de la muestra. Todas estas afirmaciones, serán discutidas de forma exhaustiva en el siguiente capítulo.

Capítulo VI

Discusión

1. Introducción

En el presente capítulo se llevará a cabo una discusión de los resultados obtenidos, mediante la cual trataremos de identificar aquellos componentes que definen la calidad de vida de las personas mayores entrevistadas, así como las diferencias halladas respecto a la calidad de su vida según el diferente contexto al que pertenecen. De esta manera, profundizamos en el concepto desde una perspectiva multidimensional, atendiendo a factores biopsicosociales e integrando aspectos subjetivos y objetivos en su definición. Para ello, realizaremos una discusión exhaustiva de los datos encontrados mediante los diferentes procedimientos de análisis, presentando los principales resultados en cada unidad de medida con el objetivo de confirmar o refutar nuestras hipótesis.

A continuación, llevaremos a cabo una comparación de nuestros resultados con los hallazgos de otras investigaciones relacionadas con el tema que nos ocupa. Finalmente, expondremos unas conclusiones generales respecto al estudio, atendiendo las debilidades y formulando propuestas de mejora para el mismo, así como posibles líneas de continuación. El objetivo final es ahondar en el concepto de calidad de vida, para poder esclarecer aquellas condiciones que la favorecen en la etapa vital del envejecimiento.

2. Reflexión sobre los resultados principales

Para dar comienzo a la discusión revisaremos los datos obtenidos con respecto a la primera hipótesis planteada, es decir, que el lugar de residencia influye en la calidad de vida siendo favorable para las personas mayores que viven en apartamentos tutelados. Los análisis de agrupación de factores descriptivos y la medición de su relación con las variables de calidad de vida mostraron ciertas diferencias en función del contexto. Así, los resultados indicaron que el lugar de residencia influye en la integración social, las habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental y satisfacción con la vida de forma positiva para las personas que viven en apartamentos tutelados en comparación con aquellas que residen en una institución geriátrica.

Esta primera hipótesis volvió a verse confirmada tras el análisis de varianza univariante para observar los efectos de las dimensiones de calidad de vida, sobre los indicadores sociodemográficos: sexo, edad, educación, ingresos y puntuación obtenida en el MMSE, en función del lugar de residencia. Los datos demuestran que las personas mayores que viven en apartamentos tutelados presentan mayores niveles de satisfacción con su estado de salud, mayor funcionalidad física y cognitiva, mejor ajuste psicosocial reflejado en más apoyo social y familiar, mayores niveles de participación en actividades de ocio y de satisfacción con las mismas, mayor satisfacción con la vivienda en general y con los SS y sanitarios, en comparación con las personas que viven en una residencia geriátrica.

Observamos además que los datos obtenidos referentes a la dimensión subjetiva de calidad de vida ponen de manifiesto que las personas que viven en un apartamento tutelado, valoran mejor la calidad de su vida en términos generales y muestran mayores niveles de felicidad y satisfacción vital que quienes residen en una institución geriátrica. Por último, el CUBRECAVI recoge en su batería de test una escala encargada de medir cuáles son los

componentes a los que las personas mayores conceden más relevancia y consideran determinantes para la calidad de su vida. Los resultados de dicho análisis fundamentan nuestra hipótesis al coincidir con aquellos elementos de la calidad de vida que mejoran en función del lugar de residencia, y de manera favorable, para el contexto de los apartamentos tutelados. Así, los datos demuestran que la mayoría de los participantes del estudio, independientemente del lugar en el que residen, valoraron que tener un buen estado de salud, seguido de contar con autonomía funcional y, finalmente, mantener unas buenas relaciones familiares y sociales son aspectos fundamentales para alcanzar una óptima calidad de vida.

En definitiva, observando los resultados obtenidos a través de las diferentes pruebas podemos concluir que contamos con importantes evidencias empíricas que avalan nuestra hipótesis. Podemos afirmar por tanto, que la calidad de vida de las personas mayores analizada desde una perspectiva multidimensional, es superior en los apartamentos tutelados que en las residencias geriátricas. Además, los resultados ponen de manifiesto que las tres variables de calidad de vida a las que las personas mayores conceden más importancia, son en primer lugar la salud, seguido por las habilidades funcionales y la integración social. Concretamente, los datos demuestran que dichos factores se ven favorecidos al vivir en un apartamento tutelado, mientras que la residencia geriátrica no parece promover su adquisición.

Si nos centramos en los componentes de calidad de vida seleccionados como más relevantes según orden de prioridad, en la literatura científica podemos encontrar numerosas investigaciones cuyo principal objeto de estudio es la salud. Por esa razón, hoy en día la comprensión del término va más allá de parámetros físicos y de esta manera, podemos hablar de la salud definida como el bienestar físico, psicológico y social (Organización Mundial de la Salud, 1945), sin olvidar la valoración que el propio sujeto hace dichas dimensiones. Es decir, la percepción que la persona tiene de su propio bienestar en las áreas mencionadas, lo que se ha denominado la salud percibida o subjetiva. En este sentido, “la salud debe entenderse desde su integridad, abarcando los cambios físicos de esta etapa e, igualmente, la

percepción que el adulto mayor tenga de su estado de salud, ya que ésta puede repercutir en el mejoramiento de sus patologías y del estilo de vida que lleve” (Uribe, 2007, p.79).

La relevancia de la salud subjetiva ha sido señalada por varios autores e incluso se ha identificado como un elemento predictor del bienestar psicológico en personas de edades avanzadas (Kirby, Coleman y Daley, 2004; Stone et al., 2010; Yang, 2008; De- Juanas, Limon y Navarro, 2013).

Como indicábamos en los capítulos introductorios, el presente estudio parte de la comprensión de la salud como un constructo que contiene aspectos psicosociales y, por lo tanto, incluye en su definición la valoración de la propia salud o “la salud percibida”. Los datos obtenidos sobre la satisfacción con el estado de salud demuestran una relación directa con el lugar de residencia, siendo más elevada para las personas que viven en apartamentos tutelados. Estos resultados estarían científicamente respaldados por numerosas investigaciones relacionadas con los efectos de la institucionalización para la salud y otras variables de carácter biopsicosocial (Herrero y Gracia, 2005; Toro et al., 2014; Goffman, 1961; Nordhus et al., 1998; Tobin y Lieberman, 1976). Asimismo, algunos autores han establecido la relación entre un empeoramiento del estado de salud y el ingreso de la persona mayor en la institución geriátrica (Mühlenbrock et al., 2011; Castellano Fuentes, 2014; Sena et al., 2008).

El segundo componente escogido como indicador imprescindible para la adquisición de calidad de vida por las personas de la muestra fue el relacionado con su autonomía funcional. Según varios autores, las habilidades funcionales equivalen a la tenencia de todas aquellas facultades necesarias para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, enfrentar las demandas del ambiente y no presentar nivel de dependencia (Uribe, 2008; Monroy 2005; Sandoval y Valera, 1998; Sanhueza, Castro y Merino, 2005). Si nos centramos en este hallazgo, podemos encontrar diversas investigaciones que avalan nuestros resultados. De este modo Rojas (1999) defiende la relación entre autonomía y calidad de vida, tras demostrar que la percepción de bienestar se ve fortalecida en aquellas personas independientes y funcionales. En el mismo

sentido apuntan los datos de Rowe y Kahn (1987) sobre la influencia del desempeño de roles significativos en actividades que den al adulto mayor satisfacción y sentido de su existencia, favoreciendo así el envejecimiento activo.

En nuestra investigación, la selección de la muestra se realizó partiendo de participantes que mostrasen altos niveles de funcionalidad. El objetivo de esta decisión fue poder encontrar los condicionantes del envejecimiento activo mediante la identificación de variables de calidad de vida en los distintos contextos estudiados, sin la interferencia de enfermedades y/o patologías. De esta manera, la muestra seleccionada no presentaba niveles de dependencia y, sin embargo, los datos estadísticos reflejan que el nivel de habilidades funcionales es significativamente inferior entre las personas que viven en una residencia geriátrica.

Estos resultados sugieren una relación entre las habilidades funcionales y otras variables de la calidad de vida, que van más allá de lo meramente físico, idea que retomaremos en un momento posterior de esta discusión.

En relación al tercer componente de mayor relevancia para la adquisición de calidad de vida referente a las redes de apoyo familiar y social, nuestros resultados concuerdan con numerosas investigaciones sobre el tema. Molina y Meléndez (2007) identificaron la adquisición de buenas relaciones familiares y sociales como variable prioritaria en la consecución de la calidad de vida de las personas mayores, situándola por delante incluso de factores socioeconómicos. Asimismo, existen evidencias científicas acerca de los efectos beneficiosos del apoyo social para las personas mayores en múltiples ámbitos: aporta apoyo ante el estrés y afrontamiento de enfermedades (Antonucci y Akiyama, 1987; Khan, 1979); genera percepción de estabilidad, aumento de afecto y autoestima (Fuentes, 2014); y promueve la participación en actividades sociales (Krassoievitch, 1998; Fuentes, 2014).

Finalmente, nuestros resultados sobre los predictores de calidad de vida basados en la selección de sus componentes más relevantes por parte de los

propios mayores, coinciden con los obtenidos por Fernández-Ballesteros y colaboradores (1993 y 1996) en su investigación de la calidad de vida en la vejez. Sus resultados pusieron de manifiesto una primacía de las esferas de la salud, la satisfacción vital, las habilidades funcionales, el nivel de actividad y la integración social como los aspectos más relevantes para la calidad de vida en personas mayores. Urrutia et al., (2009) obtuvieron datos en la misma línea e incorporaron la calidad ambiental como variable a tener en cuenta. A su vez, Godoy-Izquierdo et al., (2012) demostraron que la satisfacción con el estado de salud, las relaciones sociales, el ocio activo y las habilidades personales, son las principales variables a tener en cuenta en el pronóstico del bienestar subjetivo en la vejez.

En cuanto al análisis de varianza mediante el cual pudimos observar las principales diferencias significativas según el lugar de residencia, son numerosas las investigaciones que aportan una explicación a nuestra hipótesis confirmada sobre los efectos de la institucionalización en las personas mayores. Sin embargo, no existen datos empíricos que avalen nuestros resultados referentes a la comparación entre residencias geriátricas y apartamentos tutelados. Uno de los motivos que podría explicar esta circunstancia es el hecho de que los recursos de alojamiento alternativo son relativamente novedosos y, por ello, no han sido contemplados en otras investigaciones hasta el momento. De hecho, la mayor parte de los estudios sobre calidad de vida en la vejez han centrado su interés en conocer las diferencias entre vivir en la comunidad y hacerlo en una residencia. En nuestro caso, el objeto de estudio ha estado centrado en los recursos de alojamiento para personas mayores (residencias y apartamentos tutelados). De esta manera, pretendimos observar la influencia y repercusión que ejercen los principales recursos disponibles para las personas mayores sobre la calidad de su vida.

Existen cuantiosas investigaciones dedicadas al estudio sobre los efectos de la institucionalización en las personas mayores, algunas de las cuales podrían servirnos de ayuda para explicar nuestros resultados. Por ejemplo, algunos autores han encontrado que el significado o estatus social

asociado a la institucionalización puede repercutir negativamente en los sentimientos de bienestar (Bernan-Rosi, 1994; Goffman, 1961). Según Salas, Lobo y Altamirano (2001), la calidad de vida experimentada por las personas institucionalizadas dependerá de las comodidades y el ambiente que se genere en la residencia en cuestión. Estos autores identifican una serie de pérdidas relacionadas con el ingreso en una residencia geriátrica entre las que incluyen, el denominado “síndrome de la institucionalización”, asociado a una disminución de la proyección social y satisfacción existencial (Mishara y Riedel, 2000, p.162). El conjunto de estos hallazgos concuerda con los bajos niveles de satisfacción vital y felicidad obtenidos por los sujetos de nuestra investigación que viven en instituciones geriátricas.

Por otro lado, Heckhausen y Schulz (1998) afirman que el proceso de institucionalización de la persona mayor implica una pérdida de estrategias de control primario, referente a la cognición o percepción de influencia sobre factores externos. Esto es debido a que, en el ambiente residencial, las conductas están habitualmente organizadas según la estructura de la propia institución. Uno de los datos significativos que encontramos al analizar nuestros resultados fue que la percepción respecto a habilidades funcionales es mayor cuando la persona vive en un apartamento tutelado que cuando lo hace en una residencia. Ese dato puede ser explicado por la referida pérdida de control que experimentan las personas institucionalizadas. En este sentido, la teoría de pérdida de control como efecto generador de la institucionalización, que ha sido validada por varios autores (Goffman, 1961; Rojas 2006, Sena 2008; Herrero y Gracia, 2005), explica que las características de la vida residencial socava los sentimientos de control y libre elección. Dichas emociones están generadas por la escasa influencia de los residentes en las rutinas de la vida cotidiana.

Es por ello que la mayor parte de las propuestas de intervención planteadas en torno a este problema, tal y como veremos más adelante, ponen de relieve la importancia de que las personas se sientan satisfechas con su entorno no inmediato y comunicadas con la comunidad (Casas et al., 2001); que desde la institución se trabaje para que los residentes sientan control sobre

el medio, fomentando así la conservación de autonomía (Salas et al., 2001); y que se desarrollen estrategias para generar en los residentes la posibilidad de elección (Mishara y Riedel, 2000).

Los resultados hallados en referencia al nivel de actividad y ocio practicado, fueron también concluyentes en cuanto al tipo de recurso que favorece esta dimensión de la calidad de vida. Es decir, quienes viven en un apartamento tutelado realizan actividades de ocio con más frecuencia y están más satisfechos que quienes viven en una residencia. Estos datos podrían explicarse a través de la teoría de las estrategias adaptativas utilizadas: las asimilativas y las acomodativas (Brandtstädter y Renner, 1990). Mientras que los apartamentos tutelados fomentan el mantenimiento de metas y compromisos relacionados con el nivel de actividad y funcionalidad (asimilación); la institucionalización podría generar conductas acomodativas, ante la percepción de restricciones situacionales o de falta de control sobre las condiciones propias de vida.

De todo ello se puede extraer la conclusión de que el contexto residencial no ofrece demasiadas oportunidades de ocio, o que las personas que allí viven, no tienen un buen acceso al ocio comunitario o no sienten un interés por ello. En el lado opuesto, los apartamentos tutelados parecen ofrecer un mejor acceso a las actividades de ocio y las personas que viven allí muestran interés y satisfacción al respecto.

Por otro lado, los datos obtenidos demostraron que la frecuencia de las relaciones familiares y sociales está influida por el lugar de residencia. Vivir en apartamentos tutelados favorece más la integración social que hacerlo en un entorno residencial geriátrico. Estos resultados, están en consonancia con lo destacado por varios autores referente al aislamiento social como resultado de la institucionalización (Mishara y Riedel, 2000; Castellano Fuentes, 2014; Herrero y Gracia, 2005; Muhlenbrock et al., 2011).

En un estudio similar al nuestro, Molina et al. (2008) compararon la integración social entre personas mayores que viven en su domicilio y en una

institución geriátrica. Los autores hallaron diferencias significativas en el aspecto relacional para las personas no institucionalizadas. Éstas obtenían una alta percepción de satisfacción a través del apoyo familiar, mientras que para las personas residentes en una institución, la principal fuente de apoyo eran las relaciones sociales mantenidas con otras personas distintas a sus familiares.

En la presente investigación no hemos diferenciado entre tipos de relaciones familiares y sociales, ya que el propio cuestionario administrado, no establece esta distinción. Sin embargo, en varios estudios se ha demostrado la prevalencia de distintos tipos relacionales en función del contexto, coincidiendo con los hallazgos del estudio citado anteriormente (Herrero y García, 2005). Dichos resultados, pueden verse explicados por uno de los principales motivos asociados a la institucionalización del adulto mayor: la ausencia de una red familiar de apoyo (Buendía y Riquelme, 1997). Esto puede tener que ver con el hecho de que la institución geriátrica sea un recurso generalmente rechazado por las propias personas mayores y por sus familias (Papalia et al., 2003).

En cuanto a la calidad ambiental, variable perteneciente a la dimensión que engloba factores socioambientales, descubrimos también diferencias significativas entre un recurso y otro. Los apartamentos tutelados aparecen como un recurso con mejores condiciones de habitabilidad que las residencias. Este resultado podría estar de nuevo relacionado con la percepción de hogar y la capacidad de decisión o control sobre situaciones cotidianas, resultantes de residir en una vivienda propia, en comparación con la estancia en una institución.

Existe una línea argumentativa que trata de explicar este hallazgo. Según Sena, Moral y Pardo (2008), “la percepción de seguridad tiene mucho que ver con el entorno en el que nos desarrollamos, de modo que existen entornos facilitadores y restrictores” (p.317).

Finalmente y a modo de conclusión, el estudio llevado a cabo por Herrero y García (2005) confirma nuestros resultados y las diferencias observadas en los factores de integración social, felicidad y satisfacción vital,

según el contexto. Los autores analizaron las variables de ajuste biopsicosocial en dos grupos de adultos mayores (75-85 años), tanto en el contexto residencial como en el comunitario. Los resultados confirmaron el importante papel que juegan las redes sociales, el estado emocional y la salud percibida. Las personas que residían en su contexto comunitario disfrutaban de un mejor ajuste psicosocial reflejado en un mayor apoyo social percibido y una mejor autoestima, mientras que los residentes en un centro geriátrico tenían peores estados de salud física y anímica, con bajos niveles de autoestima y sus amistades representaban su principal fuente de apoyo.

Este conjunto de resultados refuerzan una visión de la calidad de vida en la que hay que prestar atención a todas sus dimensiones, para poder aspirar hacia una vejez activa entendida en términos de “salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social” (Fernandez Ballesteros, 2010, p.641).

Con la segunda hipótesis de nuestra investigación pretendemos confirmar el carácter multidimensional de la calidad de vida y profundizar en su funcionamiento, atendiendo a la interacción de sus variables y componentes. Perseguimos alcanzar una comprensión precisa del término para poder avanzar en su operatividad y promoción hacia una vejez activa. Los resultados obtenidos en el estudio de correlaciones, coinciden plenamente con la hipótesis planteada, tal y como desarrollaremos a continuación.

Las correlaciones entre los factores del CUBRECAVI y las escalas de satisfacción vital y felicidad, así como los resultados obtenidos a través del examen cognoscitivo (MMSE), mostraron que existe una alta correlación entre la salud total (salud objetiva, psíquica y subjetiva) y la calidad de vida. A su vez, la calidad de vida correlacionó positivamente con la felicidad y con la satisfacción vital. Estos resultados apuntan en la dirección de que cuánta más salud total presenta la persona, más elevada es la valoración de la calidad de su vida, más felicidad y satisfacción vital manifiesta.

El IMSERSO (2004) señalaba que “la calidad de vida, relacionada con la salud, es un concepto que se nutre de los anteriores (estado de salud y calidad de vida) que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud” (p.26). Esta misma asociación ha sido ilustrada por algunos autores que han mostrado los efectos adversos de las emociones negativas sobre la salud en el envejecimiento, manifestadas a veces a través de diverso tipo de enfermedades, las cardiovasculares entre otras (Navarro et al., 2012; Blazer, 2003; Hawkey, Masi, Berry y Cacioppo, 2006). Otros estudios han mostrado que las personas que disfrutan de un mayor nivel de felicidad, presentan mejor estado de salud, mayor autonomía y viven más años (Danner, Snowdon y Fresen, 2001; Lucas, 2007; García et al., 2014); y que la salud percibida constituye una dimensión indiscutible en el pronóstico del bienestar psicológico y la satisfacción vital en la vejez (De-Juanas, Limón y Navarro, 2013; Kirby, Coleman y Daley, 2004; Stone et al., 2010 y Yang, 2008). En una línea similar, Mella et al., (2004) defienden la influencia del auto-concepto general y referente a la salud que elabora la propia persona y su repercusión en ciertas áreas del bienestar psicológico como la autoestima, la satisfacción vital, las habilidades funcionales, el deterioro cognitivo e incluso el nivel de actividad.

Nuestros resultados sugieren que una de las principales líneas de investigación e intervención hacia la vejez activa o exitosa, ha de tomar una dirección multidisciplinar e integral, que ponga el foco de atención en la persona individual y su manera de sentir y de valorar las condiciones objetivas de su vida.

Además, los hallazgos anteriores sirven para explicar otros datos significativos que encontramos en el estudio correlacional y que nos resultan especialmente llamativos, como es el caso de las variables de integración social y actividades de ocio, y su correlación positiva con la calidad de vida. En otras palabras, podríamos afirmar que mantener unos hábitos saludables relacionados con la participación y disfrute de actividades de ocio, va de la mano de la satisfacción vital, la felicidad y la salud total en el camino hacia una

óptima calidad de vida. Nuestros datos ponen de manifiesto que el entorno institucional de las residencias favorece en menor medida dichas condiciones en comparación con los apartamentos tutelados, donde las personas que allí viven se muestran más satisfechas con su vida, con mejor estado anímico, más activas y con mejores estados de salud.

Un estudio que respalda los resultados expuestos es el realizado por Uribe y colaboradores (2007) en el que demostraron que la integración social, junto con la frecuencia de realización de actividades físicas, favorecen la calidad de vida a la vez que retrasan la aparición de trastornos biopsicosociales, existiendo entre ambas aseveraciones una estrecha relación con el mantenimiento de autonomía y habilidades funcionales.

Además, nuestros hallazgos coinciden plenamente con los datos encontrados por otros autores en cuanto a la correlación positiva entre actividades de ocio y satisfacción vital. El alcance de un nivel óptimo de realización de actividades de ocio especialmente vinculadas al ejercicio físico y la mejora de habilidades personales, reflejadas en la capacidad para elegir entornos favorables y cubrir la satisfacción de deseos y necesidades propias, repercute directamente en el estado de ánimo (Navarro et al., 2013; Jiménez et al., 2006).

En consonancia con lo anterior, nuestros datos arrojan la evidencia de que la frecuencia en la realización de actividades de ocio favorece el alcance de la felicidad, así como el mejor mantenimiento de habilidades cognitivas. Por el contrario, una frecuencia inferior en la realización de actividades de ocio supone un mayor nivel de deterioro cognitivo, correlación que afecta significativamente a las personas que viven en una residencia. Entendemos, por tanto, que el entorno residencial no favorece el mantenimiento de un estado de ánimo positivo y afecta negativamente al nivel de actividad y a las facultades cognitivas de los mayores.

Finalmente, Goffman (1961) demostró que la rígida programación respecto a actividades y el tipo de cuidados impersonales que responden a

órdenes de carácter burocrático ofrecidos por las instituciones geriátricas, suponen una restricción en la evolución normal de la vida del mayor. Éste pierde contacto con el mundo exterior y acaba viendo afectadas algunas de sus facultades.

En resumen, el análisis de correlaciones nos permite comprender la calidad de vida de un modo complejo y multidimensional, cuyos componentes muestran relaciones significativas entre sí. Por un lado, hemos descubierto que la dimensión subjetiva de la calidad de vida tiene un gran peso en su consecución. Contar con una percepción alta de felicidad y satisfacción social se relaciona positivamente con tener un buen estado de salud, elevada funcionalidad, integración social adecuada, frecuente y satisfactoria participación en actividades de ocio y con una óptima valoración en términos generales de la propia calidad vida. Por otro lado, los resultados que más llamaron nuestra atención, y que confirman nuestra hipótesis, fueron las correlaciones significativas entre la calidad de vida medida a través del CUBRECAVI y todos sus componentes (a excepción de cuatro de ellos). Éstos incluirían las variables medidas a través de instrumentos complementarios, como son la felicidad y la satisfacción vital. De dicha excepción nos resultó llamativo el hecho de que las variables ingresos y calidad ambiental no correlacionasen significativamente con ningún otro componente. Estos datos deben interpretarse en el sentido de que la calidad de vida es el resultado de la interacción entre circunstancias externas y la percepción y valoración de dichas circunstancias por parte de cada individuo. El modelo propuesto por Rocío Fernández Ballesteros (1993), el cual ha sido tomado como uno de los principales marcos teóricos de referencia para presente investigación, apoya nuestros resultados. A través de ellos, es posible integrar las dimensiones personales y socio-ambientales y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas mayores

Gracias al análisis de varianza univariante pudimos observar con mayor precisión los efectos de las dimensiones de calidad de vida sobre indicadores sociodemográficos (sexo, edad, educación, ingresos y estado cognitivo), en función del lugar de residencia. Los resultados son concluyentes.

Observamos por un lado diferencias significativas respecto al sexo y su interacción con el lugar de residencia. Descubrimos que son las mujeres quienes más actividades de ocio realizan en comparación con los hombres, de forma especialmente significativa para aquellas que viven en un apartamento tutelado. Por otro lado, encontramos que los hombres muestran una percepción mayor respecto a sus habilidades funcionales que las mujeres. Sin embargo, los resultados muestran que el contexto es una variable determinante en dicha relación. Así, las mujeres que viven en una residencia son quienes menos percepción de autonomía y funcionalidad presentaron de toda la muestra y al revés, las que viven en un apartamento tutelado quienes más alto puntuaron en esta dimensión. Una interpretación plausible de estos datos es que la percepción de falta de control y libre elección generada por la escasa influencia de los residentes en las rutinas de la vida cotidiana (Herrero y Gracia, 2005), afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Esto podría deberse a un cambio más brusco para la vida de ellas, acostumbradas a un nivel de ocupación y responsabilidad doméstica mayor que los hombres.

Otra de las variables cuyos efectos resultaron significativos en la interacción con el resto de factores y en función del contexto, es la edad de los participantes. Encontramos que la integración social disminuye conforme la edad avanza, lo cual puede verse explicado por la muerte de familiares y amigos. Además, los datos ponen de manifiesto que cumplir años se relaciona negativamente con el nivel de actividad practicado para las personas de 85 o más años que viven en una residencia. En el lado opuesto, los apartamentos tutelados parecen fomentar la satisfacción y la frecuencia de participación en actividades de ocio, incluso para las personas de más edad. Por último, uno de los hallazgos que más llamó nuestra atención, es la interacción entre la edad y la valoración global subjetiva de calidad de vida. Descubrimos que quienes más alta valoraron la calidad de su vida, fueron las personas de 85 o más años. Estos datos son compatibles con los hallazgos empíricos de Laura Cartstensen (1993) y su Teoría de la Selectividad Socioemocional según la cual, “el envejecimiento iría acompañado por un giro motivacional que sitúa la optimización de la experiencia emocional y la extracción de significado en el

primer lugar de la jerarquía de metas, convirtiendo la regulación emocional efectiva, fundamentalmente de tipo «preventivo» (selección de relaciones interpersonales y situaciones a las que se enfrentan), en una característica de la edad avanzada” (Marquez-González, De Trocóniz, Cerrato y Baltar, 2008, p.617).

Por otro lado, el estado cognitivo fue una de las variables independientes con mayor repercusión sobre el resto de componentes de calidad vida. De esta manera, los datos demostraron que las personas mayores que viven en una residencia y obtuvieron peor puntuación en el examen cognoscitivo MiniMental, presentan una menor satisfacción con su estado de salud. En este sentido, y tras una diferenciación de la salud por categorías (salud física, salud psíquica y salud subjetiva), se pueden encontrar de nuevo investigaciones que avalan nuestros resultados y apuntan hacia un deterioro de la salud en sus tres dimensiones o facetas a raíz tanto de hospitalizaciones continuadas, como de la permanencia en centros geriátricos (Ávila, Garant y Aguilar, 2006).

Además, los resultados obtenidos al cruzar las variables de “habilidades funcionales y lugar de residencia con el estado cognitivo” ponen de manifiesto que en el entorno residencial hay una disminución uniforme de la funcionalidad física y cognitiva. Observamos el efecto contrario entre los sujetos de la muestra pertenecientes a los apartamentos tutelados. Es decir, existe una relación contingente entre la presencia de un estado cognitivo tendente al deterioro, la capacidad funcional, y el nivel de actividad. Dicha relación está condicionada por el contexto en que se desarrolla la persona: en el entorno institucional se observa una relación negativa tendente a la disminución de facultades, mientras que los apartamentos parecen favorecer dicha interacción.

En consonancia con nuestros hallazgos, Pérez y García (2003) sugieren la influencia positiva de otros factores en la prevención de la disminución de la capacidad funcional. Según los autores, contar con un entorno ambiental seguro, ingresos económicos estables, vínculos familiares y acceso servicios de salud son factores de prevención para la dependencia.

De hecho, numerosos estudios coinciden en resaltar como elemento clave para la prevención de la salud, y en definitiva, de la autonomía y preservación de habilidades funcionales, el efecto de las redes de apoyo familiar y social en la vejez. Uribe (2008) defiende que “la interacción social se convierte en un factor protector para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además genera la implicación en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida” (p.264).

Según la OMS (2001), en la evaluación de las habilidades funcionales del adulto mayor, es necesario prestar atención no solo a los indicadores biológicos sino a la interacción de éstos con otras variables: los estilos de vida, los sistemas de redes de apoyo social y familiar, el nivel económico y la propia percepción de calidad de vida que tenga la persona. Cáceres (2004) relaciona la integración social con el nivel de funcionalidad del adulto mayor, explicando que el disponer de redes de apoyo social y familiar representa un factor protector para la salud durante todo el ciclo vital. Los beneficios de esta relación abarcan mejorías en diversas áreas de la calidad de vida, entre ellas una mejora de la autonomía, las habilidades de afrontamiento y el estado cognitivo.

Finalmente, son varias las investigaciones que han analizado la percepción de control que maneja la propia persona y la influencia que ésta ejerce en la satisfacción general con la vida y su estado de salud (Shultz, 1976). Ésta relación está vinculada a nuestros hallazgos sobre la influencia del nivel de actividad en la calidad de vida. Observamos que el estado cognitivo se relaciona de forma significativa con la realización de actividades de la vida diaria y participación actividades de ocio, en función del lugar de residencia. Es decir, el contexto junto al estado cognitivo, influye directamente en el nivel de actividad. En definitiva podríamos afirmar que los apartamentos tutelados promueven la participación en actividades de ocio y previenen el deterioro cognitivo en comparación con las residencias, donde parece producirse el efecto contrario.

La investigación realizada por Stefani y Feldberg (2006), en la cual se comparaban dos muestras diferenciadas por vivir en sus domicilios o en una residencia geriátrica, confirman los resultados de nuestro estudio. Los autores observaron que las personas que vivían en su domicilio contaban con mayores recursos adaptativos y, por lo tanto, con una mayor percepción de control sobre los hechos de la vida cotidiana. Esto derivaba en que sus respuestas hacia eventos estresantes fuesen activas y basadas en decisiones propias. En el caso de las personas que vivían en residencias geriátricas ocurría lo contrario. Éstas adoptaban una respuesta pasiva, como consecuencia de una menor percepción del control personal sobre la toma de decisiones a cerca de hechos cotidianos.

Para explicar esta analogía referente al contexto de vida, Goffman (1961), sugería que dentro de la institución geriátrica los mayores responden a una programación exhaustiva de su día a día que va desde el momento de levantarse hasta la hora de ir a dormir y que además incluye a un repertorio de red social no elegida, marcada por la organización burocrática. Según el autor, de toda esa rigidez y falta de control absoluta deriva también una ausencia de contacto con el mundo exterior que limitaría, entre otros factores, el nivel de actividad y participación social. En la misma línea, López, Zamarrón y Ballesteros (2011) mostraron la relación entre la intensidad en la práctica de ejercicio físico de tipo aeróbico e indicadores de funcionamiento físico y cognitivo (memoria y velocidad visoreceptiva). La relevancia del ejercicio físico en la consecución del envejecimiento activo ha sido confirmada por varios autores (Cotman y Berchtold, 2002; Colcombe y Kramer, 2003; Ballesteros 2005; Sanabria 1995; Chodzko- Zajko 1991; Liffiton, Horton, Bakes, Weir, 2012).

Por otro lado, nuestros resultados ponen de manifiesto un aspecto importante a tener en cuenta referente a la satisfacción que los participantes muestran con dichas actividades de ocio. Pudimos observar que el nivel de satisfacción reportado es inferior entre las personas de la muestra que viven en una residencia geriátrica, en comparación con los que viven en apartamentos

tutelados. Este dato sugiere la posible existencia de disconformidad hacia la baja frecuencia en la participación de dichas actividades. Puede ser por otro lado, que dicha insatisfacción venga dada por la falta de control sobre la elección de la actividad de ocio realizada, tal y como ha quedado demostrado en numerosas investigaciones mencionadas anteriormente.

En consonancia con lo anterior, algunos autores defienden la idea de que muchas de las instituciones para personas mayores están definidas por una gran cantidad de características negativas y/o amenazantes respecto a la integridad de la persona mayor. Entre ellas destacan la falta de privacidad y de capacidad de elección (Berman-Rossi, 1994; Ferández-Ballesteros et al., 1996). Quizás sea por ello entre otras razones, que las residencias para personas mayores siguen entendiéndose hoy en día como el último recurso al que acudir, habiéndose demostrado numerosos efectos negativos asociados a la vida en una institución (Goffman, 1961; Northus, VandenBos, Berg y Fromhold, 1998; Tobin y Lieberman, 1976, López, 2010).

En este sentido y teniendo en cuenta que las diferencias en la evaluación de la calidad ambiental varían según el lugar de residencia, nuestros datos podrían relacionarse con algunos estudios que han mostrado una asociación directa entre la institucionalización y las siguientes características: pérdida de privacidad y de la capacidad de elección, insatisfacción de necesidades físicas, psicológicas y sociales, actitudes negativas de los profesionales (Berman-Rossi, 1994; Fernández-Ballesteros et al., 1996; García et al., 2005).

Por otro lado, a través del análisis de varianza univariante encontramos que la calidad ambiental no solo está determinada por el lugar de residencia, sino que tiene mucho que ver con el estado cognitivo. Las personas que mayor puntuación obtuvieron en el examen cognoscitivo MiniMental fueron a su vez quienes mejor valoraron la calidad ambiental en el caso de los apartamentos tutelados, y quienes peor lo hicieron en el caso de las residencias. Esto puede responder a la lógica de que a mejores condiciones psíquicas, más capacidad de criterio y valoración de las condiciones generales de vida.

Para terminar, uno de los resultados que más ha llamado nuestra atención es el referente al acceso a los Servicios Sociales y Sanitarios y más concretamente, la relación entre la frecuencia en su utilización y la satisfacción con los mismos. En este sentido, se ha encontrado que son las personas que viven en una residencia quienes más uso realizan de dichos recursos, a la vez que son quienes más insatisfechos se muestran con ellos.

Ésta contradicción nos lleva a construir la hipótesis de que la frecuencia posiblemente no esté relacionada con la satisfacción respecto al servicio, sino con otros factores. Por ejemplo, el hecho de que las residencias geriátricas cuenten con estos servicios como parte de la institución de forma que su presencia en la vida de los residentes forma parte del día a día como algo impuesto. En consonancia con esto, Sena y colaboradores (2008) dan una explicación pareja en su estudio que, aunque está centrado en otras dimensiones de la calidad de vida como es el apoyo social, también surge la misma dicotomía entre las medidas de frecuencia y satisfacción con las relaciones. Los autores señalan que “desarrollarse dentro de una institución implica relaciones sociales diarias, pero estas no son elegidas sino que vienen dadas, así, aunque su cantidad pueda ser elevada, su calidad no tiene porque serlo, de ahí la alta insatisfacción que puedan producir” (p.317).

3. Conclusiones generales de nuestro estudio:

Veamos lo que aporta nuestra investigación desde una perspectiva global. Como hemos señalado a lo largo de este trabajo, existen consistentes evidencias empíricas de que la calidad de vida es el principal indicador del envejecimiento activo y se constituye, desde una perspectiva multidimensional que contempla tanto aspectos biopsicosociales como elementos objetivos y subjetivos en su definición. Sobre esta base, hemos identificado aquellos elementos de mayor relevancia para el desarrollo de una óptima calidad de vida, así como las relaciones significativas entre las variables implicadas en su promoción. Además, hemos podido comprobar la repercusión del contexto sobre las diferentes dimensiones de calidad de vida y con ello, establecer una

propuesta de intervención que presentaremos más adelante. Finalmente, hemos confirmado el carácter multidimensional del concepto de calidad de vida atendiendo a los componentes objetivos y subjetivos. Por esa razón, aunque podamos afirmar que la salud, la autonomía y la integración social son tres pilares fundamentales para lograr una óptima calidad de vida para las personas mayores, y con ello, aproximarnos al objetivo de envejecer exitosamente, también podemos y debemos tener en cuenta, otras evidencias que condicionan dicha afirmación.

De esta manera, los datos nos han permitido identificar situaciones de bienestar psicológico y social y comprender los factores que contribuyen a lograr, mantener, y promover dichas situaciones positivas. Por un lado, hemos encontrado que la salud no depende únicamente del estado físico y psicológico, sino que está influido directamente por la frecuencia y satisfacción con las relaciones sociales y familiares. Igualmente, las habilidades funcionales tienen mucho que ver con la cantidad de ocio practicado y la satisfacción con el mismo. Y finalmente, la integración social ha resultado ser uno de los componentes con más influencia en el resto de factores de calidad de vida de forma tal que afecta tanto a la percepción de la salud, como a la felicidad, la satisfacción vital y la frecuente y satisfactoria participación en actividades de ocio.

Estos hallazgos nos permiten discutir y posicionarnos ante algunas de las polémicas sobre el carácter unidimensional o multidimensional del concepto, confirmando esta segunda perspectiva como la idónea para su total comprensión. Ello implica que tras nuestro análisis del concepto consideramos imprescindible tener en cuenta para su definición los factores personales, socioambientales o externos, sin olvidar los componentes subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos, etc.) y los objetivos (lugar de residencia, nivel de renta, etc.).

Con todo ello, pretendemos superar el debate sobre si la calidad de vida es un concepto estrictamente subjetivo en el que las percepciones y emociones condicionan su conceptualización (Ruiz y Baca, 1992), o como defienden otros autores, “la definición operativa de la calidad de vida debe pasar por la

utilización de indicadores objetivos los cuales darían cuenta de aspectos reales y observables que contribuirían al bienestar de la persona” (Fernández-Ballesteros, 1993, p.13).

Nuestra postura al respecto parte de la consideración objetivo-subjetiva de la calidad de vida, por lo que consideramos que si bien es cierto que resulta necesario contar con unos indicadores objetivos básicos para promoverla, éstos nunca dejarán de estar mediados por la percepción y la vivencia que cada persona tenga de ellos, tal y como queda evidenciado en nuestros resultados. En consonancia con lo anterior, Veenhoven (2005) afirma que “cualquier declaración sobre la calidad de vida involucra un juicio. Con el fin de clasificar las calidades involucradas deberemos establecer qué vida se evalúa, con qué estándares” (p.19). Igualmente, la definición dada por la Organización Mundial de la Salud de calidad de vida formulada a modo de consenso sobre el término en 1994, la define como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas y valores e intereses”.

En este punto, cabe señalar que la principal debilidad de nuestra investigación está relacionada con que los instrumentos utilizados no contemplan suficientemente las condiciones objetivas de la calidad de vida, ya que nuestros resultados se basan fundamentalmente en las percepciones y valoraciones subjetivas de los participantes. Eso nos lleva a plantear una propuesta de mejora para futuras investigaciones, consistente en la combinación de instrumentos con capacidad para medir tanto aspectos objetivos como subjetivos. Entendemos que únicamente a través de dicha combinación se pueden alcanzar unas bases sólidas para la promoción de la calidad de vida de las personas mayores.

Por otro lado, la principal fortaleza de nuestra investigación reside en la multiplicidad de factores biopsicosociales evaluados y la observación exhaustiva de las relaciones entre ellos. Hemos logrado identificar los determinantes de la calidad de vida, atendiendo a su carácter multidimensional. Podemos por ejemplo afirmar que las actividades de ocio tienen una alta

repercusión sobre el resto de variables de calidad de vida para las personas mayores y que además, ni la frecuencia ni la satisfacción con este tipo de actividades se ven influidas por la edad, lo que aporta evidencias empíricas sobre los fundamentos del envejecimiento activo.

De la misma manera, la presente investigación supone una importante contribución al estudio de la satisfacción vital y la felicidad. Ambas han resultado ser imprescindibles para el aumento de la calidad de vida mediante su influencia positiva sobre los componentes con más relevancia en su consecución: la salud, las actividades de ocio, la integración social y las habilidades funcionales. En este sentido, numerosos estudios avalan nuestros resultados (Hernández, Fernández y Alonso, 2009; Bohórquez, Lorenzo y García, 2013; Inga y Vara, 2006; Sena y Moral, 2008; Moyano y Díaz, 2007; Vivaldi y Barra, 2012; entre otros). Según el modelo de felicidad defendido por Veenhoven (2005), “el juicio sobre la vida se traza sobre el flujo de experiencias de la vida, particularmente sobre la experiencia positiva y negativa” (p.31).

Finalmente, nos gustaría destacar los hallazgos respecto a la correlación positiva entre la felicidad y la edad, los cuales coinciden con los estudios llevados a cabo por Laura Carstensen y su teoría de selectividad socio-emocional (2009; 2004; 2005). Según la autora el aumento de la edad, está asociado a una mejor auto-regulación de las emociones. De esta forma, nuestro estudio confirma dicha teoría y rompe con los estereotipos de la vejez asociados a pérdidas y disminución de facultades. Pues, tal y como hemos demostrado, la felicidad y la satisfacción vital son determinantes en la consecución de la calidad de vida a través de la interacción con el resto de sus componentes, como por ejemplo, la salud. De todo ello, surgen las propuestas y líneas de investigación que presentamos a continuación.

4. Líneas de continuación:

Dentro de este último apartado tratamos de establecer diferentes líneas de investigación e intervención en base a los resultados del estudio aquí presentado. En primer lugar nos gustaría rescatar la importancia de continuar trabajando sobre la base de los modelos de crecimiento. Para ello, es preciso centrar el interés en las fortalezas y en las oportunidades que ofrece este ciclo vital. Partimos de la idea de que una visión patológica basada en el deterioro y las pérdidas que pueden acompañar al proceso de envejecer, supone un obstáculo para avanzar hacia el envejecimiento activo. Aunque es cierto que por el camino encontramos baches, como puede ser la evidencia empírica de que la institucionalización se relaciona con una disminución en algunos factores importantes de la calidad de vida, esto ha de servir para impulsar cambios y mejoras, especialmente cuando sabemos hacia dónde deben ir dirigidas.

En este sentido, la literatura científica acoge numerosas propuestas que nacen desde la dificultad para superarla y abarcar ganancias, pues ahora sabemos que el envejecimiento activo es posible. Los retos son muchos y eso también viaja en el mismo sendero que la propia vida. Requiere esfuerzo e implica dificultad, pero cuánto mayores sean éstos mejor será el resultado alcanzado.

Uribe (2008), ante la evidencia científica del papel protector de las redes de apoyo social y familiar frente a la salud, hace hincapié en que “los profesionales de la salud comprendan las relaciones entre las habilidades funcionales y la integración social, para determinar estrategias de intervención que contribuyan a que el adulto mayor se involucre en diversas actividades sociales que le permitan mejorar sus condiciones físicas y su autonomía personal, así como la posición y satisfacción que tenga frente a la vida” (p.265). Además, el autor insiste en la idea que defendíamos anteriormente sobre la necesidad de mantener una mirada biopsicosocial que permita intervenir en las condiciones de la persona, pues las distintas áreas de funcionamiento están en constante interacción y ésta puede explicar la causalidad entre ellas.

Más concretamente y en referencia a la institucionalización de personas mayores, son varios los estudios que apuestan por una intervención integrada y que esté dirigida a un fomento de la integración entre el recurso y la comunidad. Zaballos (2006) propone que las residencias se “abran al entorno” y aprovechen sus completas instalaciones para ofrecer actividades a diferentes colectivos, consiguiendo de esta manera fomentar la integración social de los residentes con la comunidad más próxima. Esta sería además, una manera de promover estilos de ocio diferentes a los habitualmente proporcionados por las residencias geriátricas. En este sentido, consideramos importante señalar que una de las residencias escogida para nuestra investigación cumple con este requisito, ya que es un punto de encuentro para diferentes colectivos y eventos desde hace años. Por ello, nos hubiera gustado haber realizado un análisis adicional sobre la Casa de Misericordia como ejemplo de buenas prácticas respecto al fomento de algunos de los componentes de la calidad de vida, como las actividades de ocio y el nivel de actividad. Sin embargo, la capacidad de la investigación no nos lo ha permitido.

En la misma línea, García y De León Romero (2013) afirman que “la independencia, autonomía, seguridad, pertenencia, competencia y relación social se consideran las principales necesidades de las personas mayores, ante las cuales los trabajadores sociales deberán enfocar su intervención desde la prevención del deterioro físico, psíquico y social; movilizand recursos sociales capaces de garantizar el mantenimiento de la independencia y el rol activo de los mayores” (p.87). Los autores hacen mención al modelo de gestión de casos como el que mejor se adapta en la consecución de estos objetivos, ya que “permite completar la gestión de recursos desde una perspectiva existencialista y fenomenológica, positiva y activa, orientando los proyectos vitales de los usuarios hacia un envejecimiento exitoso” (p.87). Según Guerrini (2010), “la prioridad del profesional debe ser mantener a la persona anciana funcionando al máximo dentro de su comunidad, aumentando su propia estima, la confianza en sí misma, su autonomía y fortaleciendo la identidad individual”(p.10).

Apoyando ambas visiones, creemos que el enfoque idóneo de intervención para lograr un envejecimiento activo ha de contemplar los fundamentos del modelo de gestión de casos combinado con el modelo integral centrado en la persona. Es decir, una perspectiva que permita alcanzar la auténtica atención personalizada a la par que una coordinada y continuada colaboración entre los agentes de la red. Esto requiere la presencia de un acompañamiento profesional que diseñe, coordine y evalúe planes personalizados de intervención para la promoción de itinerarios hacia la calidad de vida y el bienestar de las personas a lo largo de su ciclo vital.

En cuanto la metodología de investigación, creemos que uno de los aspectos que deberían ser explorados en un futuro es el diseño de pruebas experimentales que permitan la observación de los niveles objetivo y subjetivo de calidad de vida de forma simultánea. Por otro lado cabría señalar que la aplicación del CUBRECAVI, diseñado para realizarse de forma grupal, no se ajusta a las propiedades del instrumento. La prueba consiste en una serie de preguntas de carácter muy personal cuya aplicación grupal puede inferir en las respuestas y/o incomodar a los participantes, tal y como nos ocurrió en la presente investigación. Sin embargo, consideramos este suceso como elemento enriquecedor puesto que nos ofreció la oportunidad de conocer mejor a las personas entrevistadas de manera individual. Se generó en un clima de confianza, permitió flexibilidad en el tiempo de aplicación y la posibilidad de ofrecer apoyo permanente personalizado. Esa ha sido sin duda alguna, la mejor experiencia de esta investigación.

Finalmente, aunque la muestra del presente estudio es pequeña y los hallazgos deben tomarse con precaución, consideramos que nuestros resultados contribuyen al desarrollo de una visión integral del envejecimiento activo. Esperamos que los conocimientos aportados permitan avanzar en el desarrollo de proyectos y acciones innovadoras sobre la promoción de la calidad de vida de las personas mayores. Para lograrlo es fundamental poner el foco en la persona y centrarse en ella como ser único, con su propia manera de vivir y de sentir sus vivencias. La clave es por tanto, continuar escuchando lo que tienen que decir al respecto para después intentar que sus condiciones

de vida puedan verse favorecidas y compartidas con las personas de su entorno. Empecemos por creer en ello, sabemos cómo hacerlo y, por lo tanto, es posible.

Referencias

- Abeles, R. P., & Gift, H. C. (1994). *Aging and quality of life*. Springer Publishing Company.
- Abellán, A., & Ayala, A. (2012). Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Informes Portal Mayores nº 131.
- Abellán García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos.
- Abellán García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2015). "Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 10.
- Aguerre, C., Bouffard, L., & Curcio, C. L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22, 1146-1162.
- Aguiar, F., & Pérez Yruela, M. y SERRANO, R. (1995): Indicadores sociales de calidad de vida y Tercera Edad, Madrid, Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA). Documento de Trabajo, 95-05.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 95-102.
- Alba, A. S., de la Peña, J. D., & Llera, F. G. (1986). *Tratado de geriatría y asistencia geriátrica*. Salvat Editores.
- AL MARCO, U. A. Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual ya los avances internacionales y autonómicos.
- Ana Mercedes Cerquera Córdoba. Univ. Psicol. Vol. 7 no. 1 Bogotá Jan/ Apr 2008.
- Andersson A, Levin, L-A y Emtinger BG. The economic burden of informal care. *International. Int J Technol Assess Health Care*. 2002; 18(1): 46-54.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Ganz, P. A. (1994). Symbiotic relationships of quality of life, health services research and other health research. *Quality of life Research*, 3(5), 365-371.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42(5), 519-527.

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definicion integradora; Quality of life: an integrative definition. *Rev. latinoam. psicol*, 35(2), 161-164.
- Argyle, M. (1993). Psicología y la calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 2(6), 5-15
- Arias, C. J. (2013). Reflexiones finales acerca de la experiencia emocional en distintas etapas del ciclo vital. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X*, 16, 205-215.
- Atchley, R. C. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis? *The Gerontologist*, 11, 13-1 and *Social Behavior*, 33, 114-125.
- Ballesteros, R. F., de Trocóniz, M. I. F., Montorio, I., Sánchez, J. L. G., & Veiga, P. D. (1991). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*.
- Ballesteros, R. F., Zamarrón, M. D., & Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Ministerio de Trabajo e inmigración.
- Ballesteros, R. F. (2001). Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: Some empirical results. *Psicothema*, 13(1), 40-49.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1, 1-34.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and society*, 16(04), 397-422.
- Barrio Cantalejo, I. M., Barreiro Bello, J. M., Pascau González-Garzón, M. J., Júdez Gutiérrez, J., Simón Lorda, P., Molina Ruiz, A., & Gilarranz Redondo, S. (2006). La dependencia en el decir de los mayores. *Gerokomos*, 17(2), 17-25.
- Berghorn, F. J., Schafer, D. E., Steere, G. H., & Wiseman, R. F. (1978). *The urban elderly: A study of life satisfaction*. Allanheld, Osmun.
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. *Medical care*, S148-S156.
- Birren, J. E., & Dieckmann, L. (1991). Concepts and Content of Quality of Life. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, 344.
- Blanco, A. (1985). *La calidad de vida: supuestos psicosociales*. Psicología social aplicada. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bohórquez, M. D. R., Lorenzo, M., & García, A. J. (2013). Felicidad y actividad física en personas mayores. *Escritos de Psicología (Internet)*, 6(2), 6-12.

- BOWLING, et al. (1983): "Changes in life satisfaction over two and a half year period among very elderly people living in London". *Social Science and Medicine*, 36, pp. 641-655.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social science & medicine*, 41(10), 1447-1462.
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2(1), 55-82.
- Bravo, S. A., & Guerendiáin, C. O. (2006). *La financiación de las residencias: modelos autonómicos de financiación de las residencias para personas mayores*. Universidad Pública de Navarra= Nafarroako Unibertsitate Publikoa.
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and aging*, 5(1), 58.
- Brigeiro, M. (2005). " Envejecimiento exitoso" y" tercera edad": Problemas y retos para la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 102-9.
- Browsher JE, Kep D. Toward and understanding on three control constructs personal control, self-efficacy, and hardiness. *Issues Mental Health Nurs* 1995; 16:33-50.
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Siglo XXI de España Editores.
- Buendía, J., & Riquelme, A. (1994). Jubilación, salud y envejecimiento. In *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 69-88). Siglo XXI de España Editores.
- Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8-11
- Caballero, F. (2012) "*I Jornadas de Personas Mayores y Participación Activa*" "*2012 Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional*" Recuperado el 20 de abril de 2015 en, http://www.dipusevilla.es/galeriaFicheros/areas/cohesion_social/jornadas/4_Los_Consejos_de_Mayores_y_Coordinadores_Intergeneraciona..pdf
- Cabré i Pla, A., & Pérez Díaz, J. (1995). Envejecimiento demográfico en España.
- Camejo, T. R., Álvarez, E. T., Pérez, T. N. M., Sariego, J. R. A., & Colón, C. G. (2002). Salud en la tercera edad y calidad de vida. *Revista Eletrônica de Geriatria y Gerontologia*. Matanzas. Cuba, 4(1).

- Camfield, L., & Skevington, S. M. (2008). On subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 764-775.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American Life* (Russell Sage Foundation, New York). *MEASUREMENT ERROR*, 335.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and aging*, 7(3), 331.
- Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition aging and the positivity effect. *Current directions in psychological science*, 14(3), 117-121.
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., ... & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and aging*, 26(1), 21.
- Casado, J. M. R., & Jentoft, A. J. C. (1991). *Geriatría*.
- Casado-Marín, D. (2006). La atención a la dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 20, 135-142.
- Casas, F. (1991). El concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia. *III Jornadas de Psicología de la Intervención Social*, 2, 649-672.
- Casas, F., González, M., Coenders, G., Aymerich, M., Domingo, A., & Del Valle, A. (2001). Indicadores sociales y psicosociales de la calidad de vida de las personas mayores en un municipio [Social and psychosocial quality of life indicators of older persons in a municipality]. *Intervención Psicosocial*, 10, 355-378.
- Cassinello, M. D. Z., Mestre, L. T., & Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, (003), 432-437.
- Clavijo, M. V., Portero, C. F., & del Pozo, D. M. R. EL APRENDIZAJE A LO LARGO DE TODA LA VIDA. ELEMENTO FAVORECEDOR DEL ENVEJECIMIENTO COMPETENTE.
- Cobo, C. M. S. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 20(4), 172-174.
- Cordero del Campillo, P. (2014). 2012, Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad intergeneracional.

- Cordero del Castillo, P. (2012). Situación social de las personas mayores en España.
- Cruise, S. M., Lewis, C. A., & Guckin, C. M. (2006). Internal consistency, reliability, and temporal stability of the Oxford happiness questionnaire short-form: Test-retest data over two weeks. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(2), 123-126.
- Csikszentmihalyi, M. (2012). *Fluir: una psicología de la felicidad*. Editorial Kairós.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva Subjective Well-being: Towards a Positive Psychology. *Revista de Psicología*, 12(1), 83-96.
- Cumming, E. y Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cummins, R. A. (1997). Self-rated quality of life scales for people with an intellectual disability: a review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 199-216.
- Cummins, R. A., & Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva Progress in understanding subjective quality of life.
- Curcio CL, Gómez JF, Galeano IC. Validez y reproducibilidad de medidas de evaluación funcional basadas en la ejecución. *Rev Esp. Geriatr Gerona* 2000; 35:32.
- DE BEAUVOIR, Simone. *La vejez*. Sudamericana, 1970.
- de España, J. C. I. R. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. (boe, 15-12).
- de Navarra, C. F. (2000). Plan Gerontológico de Navarra. Modelo de acción social para la Tercera Edad.
- de Personas Mayores, O. (2006). Servicios sociales para personas mayores en España. *Boletín sobre el envejecimiento*, (22).
- de Prada, J., Garde S., Jerez, J., Marsá, M., Martínez, N., Sánchez-Ostiz, R., Varo, J.R., Yerro, T. (2014). Cuadernos Gerontológicos. Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología, NA 1839 – 1994.
- de Universidades, C. (2010). La formación permanente y las universidades españolas. *Recuperado de <http://www.educacion.gob.es/dctm/eu2015/2010-formacion-permanente-universidades-espanolas-060710.pdf>*.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182.
- del Pino, A. C. S. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 13(3), 188-192.
- del Pino, A. C. S., & Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 14(3), 131-137.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 653.
- Diener, E. (1998). Subjective well-being and personality. In *Advanced personality* (pp. 311-334). Springer US.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Domínguez Pachón, M. J. (2012). Envejecer en el siglo XXI. Realidad social y perspectivas del envejecimiento en León.
- Dulcey-Ruiz, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 207-224.
- Duskin Feldman, R., Wendkos Olds, S., & Papalia, D. E. (2012). Psicología del desarrollo.
- ERA-AGE2. European Research Area in Ageing. Recuperado el 6 de abril de 2015 en, <http://era-age.group.shef.ac.uk/>
- Estrada, L. G., & Amescua, B. S. (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. Plaza y Valdes

EUROPEO, C. E. Y. S. (2006). INFORME DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES.

Fariñas, C. (2012). Envejecimiento activo, suprimiendo los límites de la edad. *Sesenta y más*, (313), 29-32.

Fernández-Ballesteros, R., & ANTON, A. M. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Social*, 5, 77, 94.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Intervención psicosocial*, 6(1), 21-35.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (dir.) (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. *Humanitas: Humanidades Médicas*, (1), 27-38.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M®: Un programa europeo multimedia Vivir con vitalidad-M®: An european multimedia program.

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J., & García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad»< sup>®</sup>. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 92-103.

Fernández-Ballesteros, R.; García, L., Blanc, D., Efkliides, A., Kornfeld, R., Lerma, A.J., Mendoza, V., Mendoza, N. Orosa, T, Paul, C & Patricia, S. (2008) Lay concept of aging well: Cross-cultural comparisons. *Journal of the American Geriatric Society*, 56,950-952.

Fernández-Ballesteros, R., & Zamarrón-Cassinello, M. D. (2007). Manual del Cuestionario Breve de Calidad de Vida. *Madrid: TEA Ediciones*.

Fernández-Ballesteros García, R., Zamarrón Casinello, M. D., López Bravo, M. D., Díez Nicolás, J., Montero López, P., & Schettini Del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research in Quality of life*, 6(1), 21-40.

Fomentar la actividad física, mental y social de los mayores, factores clave para un envejecimiento saludable. (Nota de prensa. Políticas Sociales.

Gobierno de Navarra). Recuperado el 5 de abril de 2015, en http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2015/02/05/Jornada+buenas+practicas+envejecimiento+saludable.htm

Formiga F; Maiques JM, Salazar A, Mascaró J, Novelli A, Rivera A, Vierdiell J, Pujol R. Repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional de pacientes mayores de 75 años ingresados en una Unidad de Corta Estancia. *Rev Esp Geriatr Gerona* 1999; 6 (34) 331-35.

Fortuny, T. R. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (192), 163-178. (meter algo en el prólogo o ver dónde está ubicado)

FOWLIE, M., & BERKELEY, J. (1987). Quality of life—a review of the literature. *Family Practice*, 4(3), 226-234.

Francis, L. J., Ziebertz, H. G., & Lewis, C. A. (2003). The relationship between religion and happiness among German students. *Pastoral psychology*, 51(4), 273-281.

Francisco del Rey C y Mazarrasa Alvear L. Cuidados informales. *Rev Enferm.* 1995; 18(202): 61-65.

Fredrickson, B. L., & Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: how old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and aging*, 5(3), 335.

FREUD, Sigmund. De guerra y muerte. *Temas de actualidad* (1915): Nuestra actitud ante la muerte. *Obras completas*, vol. 14.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and aging*, 13(4), 531.

Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L. R., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the "Termites". *American Psychologist*, 50(2), 69.

Fuentes, M. D. C. P., Linares, J. J. G., del Mar Molero, M., & Botella, I. M. (2012). Un estudio de campo sobre el envejecimiento activo en función de la actividad física y ejercicio físico. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 3(1), 19-37.

Fuentes, C. L. C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de

ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.

Futurage. A Road Map for Ageing Research. Funded by the European Commission's, Seventh Framework Programme FP7-HEALTH-2007-B/No 223679. Recupado el 6 de abril de 2015, en <http://www.futurage.group.shef.ac.uk/>.

García Lizana, F. (2012). Cooperación para la innovación europea en el envejecimiento activo y saludable: de la política a la acción. *Gaceta Sanitaria*.

GARCÍA LIZANA, Francisca. Cooperación para la innovación europea en el envejecimiento activo y saludable: de la política a la acción. *Gaceta Sanitaria*, 2013, vol. 27, no 5, p. 459-462.

García, L. B. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación social: revista de intervención socioeducativa*, (51), 27-44.

García, R. F. B., Casinello, M. D. Z., Bravo, M. D. L., Nicolás, J. D., López, P. M., & Del Moral, R. S. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.

García, T. F., & de León Romero, L. P. (2006). El proceso de intervención en el trabajo social con casos: una enseñanza teórica-práctica para las escuelas de trabajo social. *Acciones e investigaciones sociales*, (1), 371.

García, T. F., & de León Romero, L. P. (2013). Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, (13), 87-97.

Garro-Gil, N. (2012). Proyecto Integral de Voluntariado: una experiencia de envejecimiento activo.

Gascó, F., Gómez, M., & Fraguas, M. (2011). Guía de Prestaciones Para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en Situación de Dependencia. Recursos Estatales y Económicos.

GEORGE, L. K., y BEARON, L. B. (1980): *Quality of life in older persons: meaning and measurement*. Nueva York: Human Sciences Press.

George, L. K. (2006). Perceived quality of life. *Handbook of aging and the social sciences*, 6, 320-336.

George, L. K., & Bearon, L. B. (1980). *Quality of life in older persons: Meaning and measurement*. Human Sciences Pr.

Gillham, J. E., & Seligman, M. E. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S163.

- Giuliani, M. F. Emociones en la Vejez. Revisión de desarrollos contemporáneos.
- Giuliani, M. F. RELACIONES ENTRE BIENESTAR PSICOLÓGICO, REGULACIÓN EMOCIONAL Y AFECTIVIDAD EN ADULTOS JÓVENES Y ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación.
- Giuliani, M. F., Botas, N., Faedda, L., Jensen, A., Pavon, M., Polizzi, L., & Zariello, M. F. (2011). EXPERIENCIA EMOCIONAL EN LA VEJEZ. ANTECEDENTES TEÓRICOS. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Goffman, E. (1961). On the characteristics of total institutions. In *Symposium on preventive and social psychiatry* (pp. 43-84).
- Gómez, L. E., MA, V., Arias, B., & Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala FUMAT. *Intervención psicosocial*, 17(2), 189-199.
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A., & Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Behavioral Psychology–Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.
- Gómez-Vela, M., & Sabeh, E. N. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Gac Sanit*, 15(Supl 4), 24-43.
- González, M. A., Sánchez-Cifuentes, M. J., Torda, E., González, P., & Cid, J. (1990). Estereotipos hacia los ancianos. Los ancianos vistos por otros grupos de edad. *Geriátrika*, 6(4).
- Guerrini, M. E. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (57), 11.
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view their mental health: A Nationwide Interview Study*. Nueva York: Basic Books.
- Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.
- Hagerty, M. R., Cummins, R. A., Ferriss, A. L., Land, K., Michalos, A. C., Peterson, M., ... & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social indicators research*, 55(1), 1-96.

- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1993). Optimisation by selection and compensation: Balancing primary and secondary control in life span development. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 287-303.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1998). Developmental regulation in adulthood: Selection and compensation via primary and secondary control.
- Hernández, C., López-Fernández, V., & Ortiz-Alonso, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Esp Psiquiatri*, 37(2), 61-67.
- Herrero, J., & Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial* Social network of support and biopsychosocial adjustment during ageing: a comparative analysis. *Intervención psicosocial*, 14(1), 41-50.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.
- Iglesias-Souto, P. M., & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 85-91.
- Inga Aranda, J., & Vara Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 475-486.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2013–2023. Nota de prensa (2013). Recuperado el 8 de noviembre de 2014, en <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>
- Isaacowitz, D. M., & Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), P143-P152.
- Izal, M., & Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez.
- Jiménez, A. G. (2008). Resiliencia y vejez. Madrid. Portal Mayores. Lecciones de Gerontología, XV. Recuperado el, 5.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and social support. *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*, 77-91.

- Kahana, E., Liang, J., & Felton, B. J. (1980). Alternative models of person-environment fit: Prediction of morale in three homes for the aged. *Journal of Gerontology*, 35(4), 584-595.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: Foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation.
- Keith, K. D., & Schalock, R. L. (Eds.). (2000). *Cross-cultural perspectives on quality of life*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Keyes, C. L., & Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood.
- Kogan, N., & Wallach, M. A. (1969). Age changes in value and attitudes. *Journal of Gerontology*, 16, 272-280.
- Kuppens, P., Realo, A., & Diener, E. (2008). The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgment across nations. *Journal of personality and social psychology*, 95(1), 66.
- Laforest, J., & de Llopi, M. C. (1991). *Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer*.
- Laínez Romano, M. T. (2012). *Envejecimiento, familia y vivienda: estrategias y prácticas residenciales de las personas mayores en Navarra*.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and aging*, 9(2), 315.
- Larios González, O., López Martínez, M., Martínez de la Mata, S., Pinto Fontanillo, J. A., & Ramos Cordero, P. (2003). Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado: la residencia como espacio de convivencia y de salud. *Promoción de la salud, personas mayores*, 5.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lawton, M. P., & Kleban, M. H. (1984). Psychological Well-Being in the Aged: Factorial and Conceptual Dimensions. *Research on Aging*, 6(1), 67-97.
- Lázaro, A. M. (1998). Representaciones de la vejez: modelos de disminución y de crecimiento. *Anales de psicología*, 14(1), 13-26.
- Lher, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3, 102-147.

- Lehr, U. M., & Thoma, H. (2003). Psicología de la senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento.
- Lesendea, I. M., Zurro, A. M., Prada, C. M., & García, L. A. (2007). Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 42(Supl 2), 4-6.
- Leturia, F. (1998). Jubilación y calidad de vida. *Geriátrica Gerontológica*, 33, 9-16.
- Leturia FJ. El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Rev Esp Geriatric Gerona* 1999; 34(2):105-12
- Levy, L., & Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida: El Manual Moderno. México.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 261.
- Lezaun, J. J. Y. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional (No. 11002). Imsero.
- Liang, J. (1985). A structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A. *Journal of Gerontology*, 40(5), 552-561.
- Linares, J. J. G., Rossell, N. Y., & Fuentes, M. D. C. P. (2005). Review of biological hypotheses explaining aging. *anales de psicología*, 21(2), 323-327.
- Llobet, M. P., Ávila, N. R., Farràs Farràs, J., & Canut, M. T. L. (2011). Quality of life, happiness and satisfaction with life of individuals 75 years old or older cared for by a home health care program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 467-475.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Díaz, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., ... & Aznar, S. (2001). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Revista psicología. com*, 2.
- López-Carmona, J. M., & Rodríguez-Moctezuma, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 48(3), 200-211.
- Lozano, J. A. F., García, I. A., Valdés, C. A., Cándenas, J. A., & Suárez, P. C. M. (2003). Repercusiones psicológicas y sociales de la prejubilación. *Psicothema*, 15(1), 49-53.

- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803.
- Maddox, G. L. (1963). Activity and morale: A longitudinal study of selected elderly subjects. *Social forces*, 42(2), 195-204.
- Maddox, G. L., & Clark, D. O. (1992). Trajectories of functional impairment in later life. *Journal of Health and Social Behavior*, 114-125.
- Maddox, G. L. (2003). Envejecimiento y bienestar. *www.fun-humanismo ciencia/felicidad/mayor/mayor2.htm*.
- Madruga F, Castellote FJ, Serrano, Pizarro A, Luengo C, Jiménez EF. Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27 (8).
- MARÍN, David Casado; I CASASNOVAS, Guillem López. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Fundación" La Caixa, 2001.
- Márquez-González, M., Fernández De Trocóniz, M. I., Montorio Cerrato, I., & Losada Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.
- Martín, M. Á. G. (2000). *Ocio activo y bienestar subjetivo en personas mayores*.
- Martín, M. A. G. (2007). Aspectos psicosociales del envejecimiento.
- Martínez Rodríguez T. Rompiendo Distancias, un programa para la atención integral de las personas mayores que viven en contextos rurales. En: Servicios de Ayuda a domicilio: la dependencia en casa. Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía. Ayuntamiento de Madrid. 2006; 191-211
- Mayores, E. P. (2009). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de octubre de 2009.
- Meléndez Moral, J. C., Tomás Miguel, J. M., & Navarro Pardo, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(2), 90-95.
- Meléndez Moral, J. C., Navarro-Pardo, E., Sales Galan, A., & Mayordomo Rodriguez, T. (2012). Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento; Moderator effect of living in nursing homes on well-being and activities of daily life in the elderly. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 15(4), 671-680.

- Mercedes Zavala G., Daisy Vidal G., Manuel Castro S., Pilar Quiroga y Gonzalo Klassen P. (2006): "Funcionamiento social del adulto mayor". *Ciencia y Enfermería* XII (2): 53-62, 2006. ISSN 0717-2079.
- Michalos, A. C. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65(1), 27-72.
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41(1), 55-63.
- Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Ediciones Morata.
- Molina, J. A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 53(3), 489-501.
- Montorio, I., & Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Revista de Gerontología*, 3, 145-154.
- Montorio, I., Baltar, A. L., González, M. M., de Trocóniz, M. I. F., & Benítez, R. N. (2004). Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *International journal of clinical and health psychology*, 4(2), 337-355.
- Moyano Díaz, E., & Ramos Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum* (Talca), 22(2), 177-193.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez: modelos de disminución y de crecimiento. *Anales de psicología*, 14(1), 13-26.
- Moons, P., Van Deyk, K., De Bleser, L., Marquet, K., Raes, E., De Geest, S., & Budts, W. (2006). Quality of life and health status in adults with congenital heart disease: a direct comparison with healthy counterparts. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(3), 407-413.
- MORAGAS MORAGAS, R. (1992). Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 27 (2), 57-59.
- Moral, J. C. M., Pardo, E. N., Oliver, A., & Miguel, J. M. T. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de psicología*, (95), 29-42.
- Muñiz, C. N. (2010). Los pisos tutelados como alternativa de alojamiento a los establecimientos residenciales de personas mayores: cuestiones sobre su régimen y naturaleza jurídica. *Revista crítica de derecho inmobiliario*, 86(721), 2175-2220.

- Navarro, J. I., Menacho, I., Alcalde, C., Marchena, E., Ruiz, G., & Aguilar, M. (2009). Cognitive changes among institutionalized elderly people. *Educational Gerontology*, 35(6), 523-540.
- NEUGARTEN, B. L.; HAVIGHURST, R. J. y TOBIN, S. S. (1961): "The measurement of life satisfaction". *Journal of Gerontology*, 16, pp. 134-143 of *Gerontology and Geriatrics*, 3, 102-147.
- Nordhus, I. H. E., VandenBos, G. R., Berg, S. E., & Fromholt, P. E. (1998). *Clinical geropsychology*. American Psychological Association.
- Nussbaum, M., & Sen, A. (1993). *The quality of life*. Oxford University Press.
- Okun, M. A., & Stock, W. A. (1987). Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 6(1), 95-112.
- Organización Mundial de la salud-OMS (1998). *Envejecimiento saludable: el envejecimiento y la actividad física en la vida diaria*. Ginebra: Programa de Envejecimiento y Salud.
- OMS (2002). *Envejecimiento activo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ordenanza Reguladora de los Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores*. (Ayuntamiento de Pamplona). Recuperado el 4 de abril de 2015 de, <http://www.pamplona.es/pdf/ordenanzamayores.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud- OMS: "Envejecimiento activo: un marco político". *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2):74-105
- Ortiz Arriagada, J. B., & Castro Salas, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31.
- Ory, M. G., & Cox, D. M. (1994). Forging ahead: linking health and behavior to improve quality of life in older people. In *Improving the Quality of Life* (pp. 89-120). Springer Netherlands.
- Oslé, C., & Anaut, S. (2003). Revisión de un Plan Gerontológico. El caso de Navarra. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(5), 275-280.
- Osuna, M. J., Resano, C. S., Posada, F. V., & Triadó, C. (2006). Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer?. *Psicothema*, 18(1), 149-155.
- Okun, M. A., & Stock, W. A. (1987). Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 6(1), 95-112.

- Ouwehand, C., de Ridder, D. T., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical psychology review*, 27(8), 873-884.
- Palacios, D., Castro, C., & Reygadas, D. (2005). Calidad de vida: Una perspectiva individual. *Monografías.com.htm*.
- Palmore, E. (2001). The Ageism Survey First Findings. *The Gerontologist*, 41(5), 572-575.
- Parapar, C., Fernández, J., Rey, J., & Ruiz, M. (2010). Informe de la I+ D+ i sobre Envejecimiento. Madrid: Fundación General CSIC.
- Pedrero G. Encarni (2001): La calidad de Vida y las personas mayores. Monografía presentada a los seminarios de psicogerongología. [Hhttp://psicomundo.com/tiempo/monografias/calidad.htm](http://psicomundo.com/tiempo/monografias/calidad.htm)
- Pentland, WE, Harvey, AS, Lawton, MP, y McColl, MA, editores. "Time Use Research in the Social Sciences". New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers; 1999. p. 169-188.
- Pérez, B. P., Trillo, M. T., Aguilera, F. M., & Castro, M. B. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 14(2), 53-61.
- Poseck, B. V. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K., & Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(1).
- Ramiro Fariñas Coordinador, D., Abellán García, A. D., Durán Heras, M. Á., Fernández-Mayoralas, G., Pérez Díaz, J., & Rojo Pérez, F. (2012). Una vejez activa en España.
- Real Academia Española <http://www.rae.es/rae.html>
- RED, C. (2010). Evaluación de los programas universitarios para mayores: autopercepción de los alumnos. *Universidades*, 76.
- Reig Ferrer, A. (2000). La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 35(S2), 5-16.
- Reyes Torres, I., & Castillo Herrera, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459.

- Rioboo, F. R. (1993). *La idea de la muerte en la sociedad española actual*. Universidad Complutense, Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política II.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. *Processes of aging: Social and psychological perspectives*, 1, 299-320.
- Rodriguez, B. O. H. O. R. Q. U. E. Z. (2004). A.(Coord). 100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores.
- Rodríguez, M. (1998). Gerontología: la ciencia de la vejez. *Psicología online: gerontología*, (4). Tomado de <http://www.psicologiaonline.com/1n0nografias/4/gerontologiashtml> el día, 22.
- Rodríguez, M. I. G. (2010). Libro Blanco del Envejecimiento Activo.
- Rodríguez, V. R., Manas, L. R., Castiello, M. S., & Martín, R. D. (2012). Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(4), 174-179.
- Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40, 5-15.
- Rodríguez-Rodríguez, V. (2011). Futurage. Prioridades de la Investigación sobre Envejecimiento en Europa. Resultados de la consulta en España. *Informes Portal Mayores*, (107).
- Rodríguez, P. R. (1999). Residencias para personas mayores: manual de orientación. Editorial Médica Panamericana.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública*, 83(3), 393-405.
- Rojas Ocaña, M. J., Toronjo Gómez, A., Rodríguez Ponce, C., & Rodríguez Rodríguez, J. B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 08-23.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rowe, J. W., & Khan, R. L. (2000). Successful aging and disease prevention. *Advances in renal replacement therapy*, 7(1), 70-77.
- Rubio Herrera, R. (2004). La soledad en las personas mayores españolas.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Sáiz, D., Baqués, J., & Sáiz, M. (1998). Una panorámica sobre la investigación en Psicología de la vejez a través del análisis de sus publicaciones (1991-1995).
- Salas Badilla, S., Lobo Caamaño, S., & Altamirano Díaz, A. (2001). *Propuesta de indicadores de calidad de vida en las personas adultas mayores institucionalizadas* (Doctoral dissertation, Instituto Tecnológico de Costa Rica. Escuela de Administración de Empresas.).
- Salzinger, S. (1993). The role of social networks in adaptation throughout the life cycle. *Community Psychology*, 2.
- Sánchez Martínez, M. (2004). La educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Principios y líneas de actuación. *Madrid. Informes Portal de Mayores*, (26).
- Sancho Castiello, M. (2012). Informe 2006. Las personas mayores en España. datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Tomo I.
- Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.
- Sena, C. M., Moral, J. C. M., & Pardo, E. N. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24(2), 312-319.
- Sirgy, M. J., & Cornwell, T. (2002). How neighborhood features affect quality of life. *Social indicators research*, 59(1), 79-114.
- Schalock, R. L. (1996). Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. *Quality of life*, 1(9), 123-139.
- Schalock, R. L., & Alonso, M. A. V. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Alianza Editorial.

- Schalock, R. L. (2004). Calidad de vida en la evaluación y planificación de programas: tendencias actuales. *Publicaciones del INICO, Universidad de Salamanca*.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research*, 48(3), 203-216.
- Schalock, R. L., & Verdugo Alonso, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual.
- Schalock, R. (2010). Aplicaciones del paradigma de calidad de vida a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. MA Verdugo, M. Crespo y T. Nieto (Coords.), *Aplicación del Paradigma de Calidad de vida. VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad*. Salamanca: INICO, 11-18.
- Seligman, M. E. (1998). Building human strength: Psychology's forgotten mission. *APA monitor*, 29(1), 2.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 1, 5-14.
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2, 3-12.
- Sena, C. M., Moral, J. C. M., & Pardo, E. N. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24(2), 312-319.
- Staudinger, U. M., & Baltes, P. B. (1996). Interactive minds: A facilitative setting for wisdom-related performance?. *Journal of Personality and social psychology*, 71(4), 746.
- Stock, W. A., Okun, M. A., & Benin, M. (1986). Structure of subjective well-being among the elderly. *Psychology and Aging*, 1(2), 91.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985-9990.
- Tomás-Sábado, J., Edo-Gual, M., Aradilla-Herrero, A., Sorribes López, J. V., Fernández-Najar, B., & Montes-Hidalgo, J. (2014). Propiedades psicométricas preliminares de la forma española del Oxford Happiness Questionnaire Short-Form (ohq-sf).

- Torres, M., Núñez, J., Martínez, J., & Suárez, J. L. (2007). La atención de las necesidades residenciales para las personas mayores. *Documento de investigación*, (664).
- Toro, R., Vargas, J., Murcia, S., Gaitán, N., Umbarila, D., & Sarmiento, K. (2014). Depresión mayor en adultez tardía: Factores causales y orientaciones para el tratamiento. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(2), 147-153.
- Transmisibles, G. O. D. E. N., & Mental, S. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 74-105.
- Triadó, C., Villar, F., Osuna, M. J., & Solé, C. (2005). La medida del bienestar en personas mayores: Adaptación de la escala Ryff. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(3), 347-363.
- Triadó, C., & Posada, F. V. (2006). *Psicología de la vejez*. Alianza.
- Tur, C. T., Osuna, M. J., Resano, C. S., & Posada, F. V. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.
- Urrutia, A. I., Grasso, L. T., & Guzmán, E. R. (2009). Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos. *Revista Evaluar*, 9.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.
- Urzúa, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 30(1), 61-71.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health. Contributions of positive psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-27.
- Vázquez, C., & Torres, G. H. (2009). La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction-research. *Social Indicators Research*, 37(1), 1-46.
- Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy. *Social Indicators Research*, 39(1), 1-58.
- Veenhoven, R. (2000). Freedom and happiness: A comparative study in forty-four nations in the early 1990s. *Culture and subjective well-being*, 257-288.

- Veenhoven, R. (2000). Well - being in the welfare state: Level not higher, distribution not more equitable. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 2(1), 91-125.
- Veenhoven, R. (2005). Lo que sabemos de la felicidad. *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*, 17-55.
- Verdugo, M. A., & Vicent, C. (2004). El significado de la calidad de vida. *MA Verdugo y C. Vicent, Evaluación de la calidad de vida en empleo con apoyo Proyecto ALSOI*, 21-25.
- VERDUGO, M. Á., GÓMEZ, L. E., ARIAS, B., & NAVAS, P. (2010). Aplicación del paradigma de Calidad de Vida: Construcción de escalas de evaluación e investigación. *Publicaciones del INICO*, 19.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
- Viveros Madariaga, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. CEPAL.
- von Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L., & von Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 331-337.
- Walker, A. (2005). *Understanding quality of life in old age*. McGraw-Hill Education (UK).
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of personality and social psychology*, 64(4), 678.
- World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa charta for health promotion*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010). *Global tuberculosis control: WHO report 2010*. World Health Organization.
- Zaballos, G. B. (2006). Mayores activos: Envejecer bien es difícil, pero vale la pena intentarlo. *Crítica*, 56(936), 49-53.
- Zamarrón Cassinello, M. D., & Fernández Ballesteros, R. (2000). Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias: factores determinantes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(Supl. 2), 17-29.

- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería*, 12(2), 53-62.
- Zea Herrera M, López Alzate ME, Valencia Marín CM, Soto Gómez JA, Aguirre Acevedo DC, Lopera Restrepo F, Oswald O, Rupprecht R. Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. *Invest Educ Enferm*. 2008; 26(1): 24-35.
- Ziller, R. C. (1974). Self-other orientations and quality of life. *Social Indicators Research*, 1(3), 301-327.
- Zunzunegui, M. V., & Béland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. *Gaceta sanitaria: Organó oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 24(1), 68-73.

ANEXOS

La escala de Satisfacción vital (SWLS)

1= Totalmente en desacuerdo 2= Bastante en desacuerdo 3= Algo en desacuerdo 4= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5= Algo de acuerdo 6= Bastante de acuerdo 7=Totalmente de acuerdo

1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar								7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes								7
3. Estoy satisfecho con mi vida								7
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en mi vida								7
5. Si pudiese vivir mi vida de nuevo me gustaría que todo volviese a ser igual								7

El Cuestionario de felicidad de Oxford-OHQ

A continuación aparecen una serie de cuestiones relativas a la felicidad. Por favor indique si está o no de acuerdo con cada ítem o afirmación poniendo el número correspondiente al lado de cada frase según la siguiente escala de respuesta:

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 Moderadamente en desacuerdo
- 3 Algo en desacuerdo
- 4 Algo de acuerdo
- 5 Moderadamente de acuerdo
- 6 Muy de acuerdo

Leer cada ítem despacio porque algunas frases son positivas y otras no. No se detenga mucho en cuestiones individuales: no hay respuestas correctas o incorrectas y no hay preguntas con truco. La primera respuesta que se le venga a la cabeza probablemente es la más adecuada. Si encuentra alguna pregunta muy complicada por favor indique la respuesta más acertada en cada caso o en general, intentando no dejar ninguna respuesta en blanco.

- | | |
|---|-------|
| 1. No me siento particularmente feliz con mi forma de ser | _____ |
| 2. Estoy muy interesado en otras personas | _____ |
| 3. Siento que la vida es muy reconfortante | _____ |
| 4. Tengo buenos sentimientos hacia casi todo el mundo | _____ |
| 5. Rara vez me despierto cansado | _____ |
| 6. No soy particularmente optimista con el futuro | _____ |
| 7. Encuentro la mayoría de las cosas divertidas | _____ |
| 8. Estoy siempre comprometido | _____ |
| 9. La vida es buena | _____ |
| 10. No pienso que el mundo sea un buen lugar | _____ |
| 11. Me río mucho | _____ |
| 12. Estoy satisfecho con mi vida | _____ |
| 13. No pienso que sea atractivo | _____ |
| 14. Hay diferencia entre lo que quiero hacer y lo que hago | _____ |
| 15. Soy muy feliz | _____ |
| 16. Encuentro la belleza en algunas cosas | _____ |
| 17. Siempre tengo un efecto agradable sobre los demás | _____ |
| 18. Puedo encajar en todo aquellos que quiero | _____ |
| 19. Siento que no tengo especial control en mi vida | _____ |
| 20. Me siento capaz de superar casi todo | _____ |
| 21. Me siento muy activo mentalmente | _____ |
| 22. Casi siempre experimento alegría y euforia | _____ |
| 23. No me es fácil tomar decisiones | _____ |
| 24. No tengo un sentido especial que motive mi vida | _____ |
| 25. Siento que tengo mucha energía | _____ |
| 26. Usualmente tengo buena influencia en los eventos | _____ |
| 27. No me divierto con otras personas | _____ |
| 28. No me siento particularmente muy saludable | _____ |
| 29. No tengo recuerdos particularmente positivos del pasado | _____ |



EXAMEN COGNOSCITIVO MINI-MENTAL ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

Nombre:

Edad: Escolaridad completada:

Fecha: / / Examinador:

INSTRUCCIONES

Lo escrito en negrita debe ser leído al entrevistado en voz alta, de manera clara y despacio. Las alternativas a algunos ítems aparecen entre paréntesis. El examen debe realizarse en privado y en el idioma materno del entrevistado. Marque con un aspa (X) el "0" si la respuesta es incorrecta, o el "1" si la respuesta es correcta. Comenzar preguntando lo siguiente:

Si no le importa, quería preguntarle por su memoria. ¿Tiene algún problema con su memoria?

ORIENTACIÓN TEMPORAL

Dígame por favor,

RESPUESTA
(anote la contestación)

PUNTUACIÓN
(marque con un aspa)

¿Sabe en qué año estamos?		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
¿En qué estación o época del año estamos?		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
¿En qué mes estamos?		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
¿Qué día de la semana es hoy?		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
¿Qué día del mes es hoy?		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1

ORIENTACIÓN ESPACIAL

Pueden sustituirse, y anotarse en su caso, los lugares originales por los alternativos.

¿Me puede decir en qué país estamos?		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
¿Sabe en qué provincia estamos? (Comunidad Autónoma)		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos?		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital / Clínica / Casa: nombre de la calle)		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1

FIJACIÓN

Pueden utilizarse, y anotarse en su caso, series alternativas de palabras (LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que re-evaluarse al paciente.

Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y le voy a pedir que las repita cuando yo termine. ¿Preparado? Éstas son las palabras:

PELOTA (pausa), CABALLO (pausa), MANZANA (pausa).

¿Me las puede repetir? (Repetirlas hasta 5 veces, pero puntuar sólo el primer intento).

PELOTA

0

1

CABALLO

0

1

MANZANA

0

1

*Ahora trate de recordar esas palabras;
se las preguntaré en unos minutos.*

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas le quedan? Siga quitando de 3 en 3 hasta que le diga "basta".

¿Cuántas monedas le quedan si a 30 le quitamos 3? (27)		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
Si es necesario: Siga, por favor (24)		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
Si es necesario: Siga, por favor (21)		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
Si es necesario: Siga, por favor (18)		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1
Si es necesario: Siga, por favor (15)		<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1



MEMORIA

RESPUESTA
(anote la contestación)

PUNTUACIÓN
(marque con un aspa)

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (No dar pistas)	PELOTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CABALLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MANZANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMINACIÓN

Pueden utilizarse, y anotarse en su caso, objetos comunes alternativos (por ejemplo, gafas, silla, llaves, etc.).

¿Qué es esto? (Mostrar un lápiz o bolígrafo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y esto ¿qué es? (Mostrar un reloj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPETICIÓN

Ahora le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS. ¿Me la puede repetir ahora, por favor? (Repetirla hasta 5 veces, pero puntuar sólo el primer intento).		
EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Separe la página adjunta cortando de arriba abajo por la línea de puntos y, a continuación, córtela por la mitad siguiendo la línea horizontal de puntos. Utilice la mitad superior de la página (en blanco) para las pruebas de Comprensión, Escritura y Dibujo que vienen a continuación. Utilice la mitad inferior de la página como estímulo para las pruebas de Lectura ("CIERRE LOS OJOS") y Dibujo (pentágonos entrelazados).

COMPRENSIÓN

Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), dóblelo por la mitad (pausa), y póngalo en el suelo (o mesa).		
COGER EL PAPEL CON LA MANO DERECHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOBLARLO POR LA MITAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PONERLO EN EL SUELO (o MESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LECTURA

Por favor, lea esto y haga lo que dice ahí (Mostrar la hoja con el estímulo: frase escrita). CIERRE LOS OJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

ESCRITURA

Por favor, escriba una frase, ... algo que tenga sentido. (Si el paciente no contesta, decirle por ejemplo: Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy) Coloque el trozo de papel en blanco (sin doblar) frente al paciente y proporcione un lápiz o bolígrafo. Dar un punto si la frase es comprensible y consta de sujeto, verbo y predicado. No tener en cuenta errores gramaticales u ortográficos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

DIBUJO

Por favor, copie este dibujo (Muestre los pentágonos entrelazados que sirven como estímulo). Dar un punto si el dibujo consta de dos figuras de cinco lados que quedan entrelazadas formando entre ambas una figura de cuatro lados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA

Alerta/
responde

Obnubilación

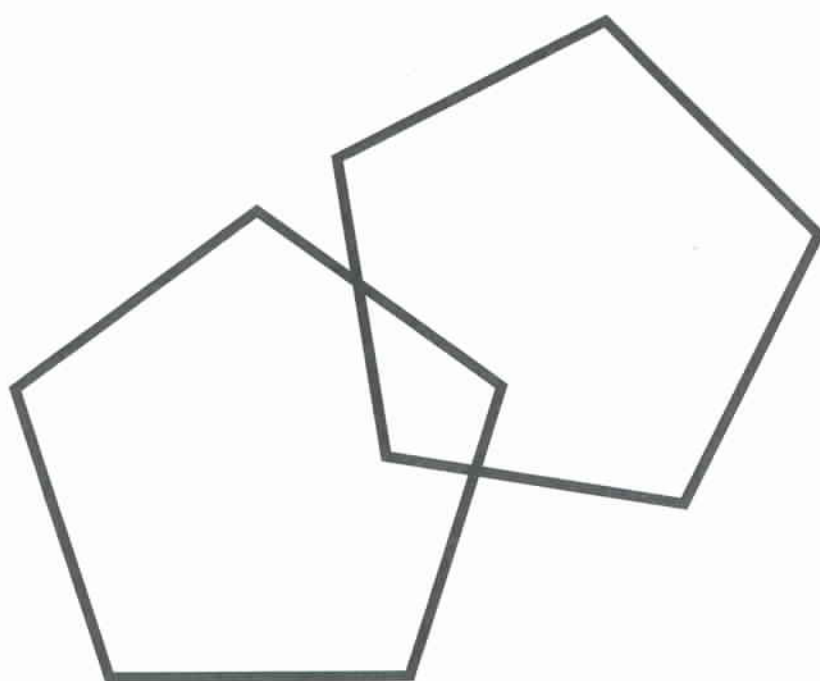
Estupor

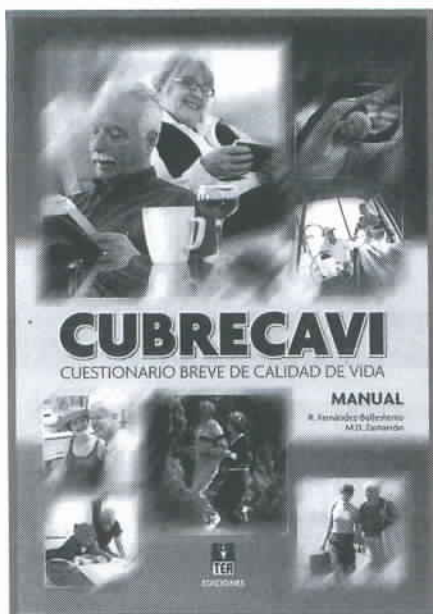
En coma/
No responde

PUNTUACIÓN
TOTAL
(Suma de
todos los ítems)

(Máximo
30 puntos)

CIERRE LOS OJOS





CUBRECAVI

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

SEXO:

Mujer

Varón

ESTADO CIVIL:

Soltero

Casado

Separado/divorciado

Viudo

LUGAR DE RESIDENCIA:

En la comunidad

En una residencia

TELÉFONOS

DOMICILIO

CIUDAD / PROVINCIA

INSTRUCCIONES

- A continuación encontrará algunas preguntas relacionadas con distintos aspectos de la calidad de vida.
- Para contestar, sólo debe marcar con un aspa o cruz (X) la opción que más se ajuste a sus preferencias.
- Responda **TODAS** las preguntas, son breves y sencillas.
- Si necesita alguna aclaración no dude en preguntar al aplicador.



Autores: R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón.

Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

Impreso en España. Printed in Spain.

1. ¿Se siente Vd. satisfecho con su actual estado de salud?

- ☐ Mucho
 ☐ Bastante
 ☐ Algo
 ☐ Nada

2. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido Vd. alguno de los siguientes dolores o síntomas?

2.1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.2. Mareos o vahídos.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.3. Tos, catarro o gripe.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.4. Tobillos hinchados.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.5. Cansancio sin razón aparente.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.6. Dificultad para dormir.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.7. Flojedad de piernas.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.9. Palpitaciones.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.10. Dolor u opresión en el pecho.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.11. Manos o pies fríos.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.12. Estar adormilado durante el día.

- ☐ Nunca
 ☐ Algunas veces
 ☐ Bastantes veces
 ☐ Muchas veces

2.13. Boca seca.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

2.14. Sensación de náusea o ganas de vomitar.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

2.15. Gases.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

2.16. Levantarse u orinar por las noches.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

2.17. Escapársele la orina.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

2.18. Zumbido de oídos.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

2.19. Hormigueos en los brazos o en las piernas.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

2.20. Picores en el cuerpo.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

2.21. Sofocos.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

2.22. Llorar con facilidad.

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

3. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren las cosas que se preguntan a continuación.

3.1. ¿Se siente deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado?

☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ A veces ☐ Frecuentemente

3.2. ¿Tiene problemas de memoria, como olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o dónde ha puesto sus objetos personales?

☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ A veces ☐ Frecuentemente

3.3. ¿Se desorienta o pierde en algún lugar?

☐ Nunca ☐ Casi nunca ☐ A veces ☐ Frecuentemente

INTEGRACIÓN SOCIAL

4. ¿Dónde vive Vd.?

☐ En mi propio domicilio (o en el de un familiar).

☐ En una residencia de ancianos.

¿Vive Vd. solo o acompañado?

☐ Solo

☐ Acompañado

¿Comparte su habitación de la residencia con alguien?

☐ No

☐ Sí

5. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con la relación que mantiene con la persona con quien vive o comparte su habitación (en el caso de residentes)?

☐ Satisfecho

☐ Indiferente

☐ Insatisfecho

6. ¿Con qué frecuencia suele Vd. verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?

6.1. Hijos que no viven con Vd. en la misma casa.

Todos o casi todos los días

☐

Al menos 1 vez a la semana

☐

Al menos 1 vez al mes

☐

Nunca o casi nunca

☐

No tengo

☐

6.2. Nietos que no viven con Vd. en la misma casa.

Todos o casi todos los días

☐

Al menos 1 vez a la semana

☐

Al menos 1 vez al mes

☐

Nunca o casi nunca

☐

No tengo

☐

6.3. Familiares que no viven con Vd. en la misma casa.

Todos o casi todos los días

☐

Al menos 1 vez a la semana

☐

Al menos 1 vez al mes

☐

Nunca o casi nunca

☐

No tengo

☐

6.4. Vecinos o personas de la residencia.

Todos o casi todos los días

☐

Al menos 1 vez a la semana

☐

Al menos 1 vez al mes

☐

Nunca o casi nunca

☐

No tengo

☐

6.5. Amigos.

Todos o casi todos los días

☐

Al menos 1 vez a la semana

☐

Al menos 1 vez al mes

☐

Nunca o casi nunca

☐

No tengo

☐

7. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con la relación que mantiene con las siguientes personas?

7.1. Su cónyuge.

☐ Satisfecho ☐ Indiferente ☐ Insatisfecho ☐ No tengo

7.2. Sus hijos.

☐ Satisfecho ☐ Indiferente ☐ Insatisfecho ☐ No tengo

7.3. Sus nietos.

☐ Satisfecho ☐ Indiferente ☐ Insatisfecho ☐ No tengo

7.4. Otros familiares.

☐ Satisfecho ☐ Indiferente ☐ Insatisfecho ☐ No tengo

7.5. Vecinos o personas de la residencia.

☐ Satisfecho ☐ Indiferente ☐ Insatisfecho ☐ No tengo

7.6. Amigos.

☐ Satisfecho ☐ Indiferente ☐ Insatisfecho ☐ No tengo

HABILIDADES FUNCIONALES

8. ¿Cómo considera Vd. que puede valerse por sí mismo?

- ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal

9. ¿En qué medida tiene Vd. dificultades para realizar las siguientes actividades?

9.1. Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse...).

- ☐ Ninguna ☐ Alguna ☐ Bastante ☐ Mucha

9.2. Realizar tareas domésticas.

- ☐ Ninguna ☐ Alguna ☐ Bastante ☐ Mucha

9.3. Caminar.

- ☐ Ninguna ☐ Alguna ☐ Bastante ☐ Mucha

9.4. Realizar tareas fuera de casa.

- ☐ Ninguna ☐ Alguna ☐ Bastante ☐ Mucha

ACTIVIDAD Y OCIO

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?

Marque sólo una de las opciones.

- ☐ Paso el día casi completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.).
- ☐ Realizo algunas actividades cotidianas normales (hago algunas gestiones, voy a la compra o al cine).
- ☐ Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.).
- ☐ Realizo actividades físicas regularmente varias veces al mes (jugar al tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
- ☐ Realizo entrenamiento físico varias veces a la semana.

11. ¿Con qué frecuencia realiza Vd. las siguientes actividades?

11.1. Leer un libro o un periódico.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.2. Visitar a parientes o amigos.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.3. Ver la televisión.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.4. Escuchar la radio.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.5. Caminar.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.6. Jugar con otras personas a juegos recreativos.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.7. Cuidar niños.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.8. Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto).

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.9. Hacer recados o gestiones.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.10. Ir de compras.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

11.11. Viajar.

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

12. ¿Qué grado de satisfacción, en términos generales, tiene Vd. con la forma con que ocupa el tiempo?

☐ Satisfecho

☐ Indiferente

☐ Insatisfecho

CALIDAD AMBIENTAL

13. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con los siguientes aspectos de la casa o de la residencia donde vive?

13.1. El ruido / silencio.

☐ Satisfecho

☐ Indiferente

☐ Insatisfecho

13.2. La temperatura.

☐ Satisfecho

☐ Indiferente

☐ Insatisfecho

13.3. La iluminación.

☐ Satisfecho

☐ Indiferente

☐ Insatisfecho

13.4. El orden y la limpieza.

☐ Satisfecho

☐ Indiferente

☐ Insatisfecho

13.5. El mobiliario.

☐ Satisfecho

☐ Indiferente

☐ Insatisfecho

13.6. Las comodidades (electrodomésticos, etc.).

☐ Satisfecho

☐ Indiferente

☐ Insatisfecho

14. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con su vivienda / residencia en general?

☐ Satisfecho

☐ Indiferente

☐ Insatisfecho

SATISFACCIÓN CON LA VIDA

15. ¿En qué medida está Vd. satisfecho, en términos generales, con la vida?

☐ Mucho

☐ Bastante

☐ Algo

☐ Nada

EDUCACIÓN

16. ¿Podría decirme el nivel máximo de estudios terminados que ha alcanzado Vd.?

Marque sólo una de las opciones.

- ☐ Menos de estudios primarios (No sabe leer).
- ☐ Menos de estudios primarios (Sabe leer).
- ☐ Estudios primarios completos.
- ☐ Formación profesional de 1^{er} grado.
- ☐ Formación profesional de 2^{do} grado.
- ☐ Bachiller elemental o E.G.B.
- ☐ Bachiller superior, B.U.P. o C.O.U.
- ☐ Estudios de grado medio.
- ☐ Estudios universitarios o superiores.

INGRESOS

17. ¿Podría decirme los ingresos mensuales que, por todos los conceptos, entran en su hogar?

Marque sólo una de las opciones.

- ☐ Hasta 300 €.
- ☐ De 301 € a 450 €.
- ☐ De 451 € a 600 €.
- ☐ De 601 € a 900 €.
- ☐ De 901 € a 1.200 €.
- ☐ De 1.201 € a 1.600 €.
- ☐ De 1.601 € a 2.100 €.
- ☐ De 2.101 € a 2.700 €.
- ☐ Más de 2.700 €.

SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

18. ¿Con qué frecuencia utiliza Vd. los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad o la residencia?

☐ Frecuentemente

☐ Ocasionalmente

☐ Nunca

19. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

☐ Muy satisfecho

☐ Bastante satisfecho

☐ Algo satisfecho

☐ Nada satisfecho

IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA

20. Como Vd. sabe, mejorar la calidad de vida de cada persona es un objetivo importante. ¿A cuál de los siguientes aspectos concede Vd. más importancia y es más determinante en su calidad de vida? Indique cuál es el primero, el segundo y el tercero más importante para Vd.

Anote en el recuadro de la izquierda el orden de importancia que le concede a cada aspecto (p.ej., 1º, 2º, etc.)

20.1. ☐ Tener buena salud.

20.2. ☐ Mantener buenas relaciones familiares y sociales.

20.3. ☐ Poder valerme por mí mismo.

20.4. ☐ Mantenerme activo.

20.5. ☐ Tener una vivienda buena y cómoda.

20.6. ☐ Sentirme satisfecho con la vida.

20.7. ☐ Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas.

20.8. ☐ Tener una buena pensión o renta.

20.9. ☐ Tener buenos servicios sociales y sanitarios.

20.10. ☐ Otras. ¿Cuáles? _____

20.11. ☐ Ninguna.

21. ¿Cómo valora Vd. su propia calidad de vida?

☐ Alta

☐ Media

☐ Baja

YA HA TERMINADO, MUCHAS GRACIAS.



Madrid
Barcelona
Bilbao
Sevilla
Zaragoza

w w w . t e a e d i c i o n e s . c o m